أثر برنامج معرفي سلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب لدى كبار السن

إعداد

عبير عبد الرزاق عبده

المشرف

الدكتور رياض محمد أمين ملكوش

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراة في الإرشاد النفسي والتربوي

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

كانون الأول ٢٠١٠

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع ... التاريخ ...

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (**أثر برنامج معرفي سلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب لدى كبار السن**)، وأجيزت بتاريخ ٣٠ / ١١ / ٢٠١٠م.

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور رياض محمد أمين ملكوش، مشرفاً أستاذ مشارك- الإرشاد النفسي والتربوي	....
الدكتور "محمد نزيه" عبد القادر حمدي، عضواً أستاذ- الإرشاد النفسي والتربوي	....
الدكتور قاسم محمد سمور، عضواً أستاذ مشارك- الإرشاد النفسي والتربوي	....
الدكتور محمود عطا حسين، عضواً أستاذ - الإرشاد النفسي والتربوي (جامعة البترا)	....

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع...... التاريخ ٢٣/١٢/٢٠١٠

الإهـداء

إلى من علمني أن أصمد أمام أمواج البحر الثائرة

إلى من منحني دون انتظار وأعطاني دون منه

إلى من رفعت رأسي عالياً إفتخاراً به

إلى ظلي الذي آوي إليه في كل حين

إلى من أستمد منه طاقة الحياة المتجدده

(خالو إياد الحبيب)

دعمك كان مصدر طمأنينه لي، وحنانك زاد الأمل الذي أحيا به، وصبرك كان الحافز الحقيقي لإخراج هذه الأطروحة إلى حيز الوجود

خالو الحبيب إياد

إلى التي رآني قلبها قبل عينيها، وحضنتني أحشائها قبل يديها

حبيبتي وصديقتي المقربة

أمي الحنونة

إلى قدوتي الأولى ونبراسي الذي ينير دربي

إلى أعظم قلب في الوجود

أبي الحبيب

إلى من أحمل ملامح صورهم في قلبي وفكري

إلى رفاق الدرب والطفولة

اخواني الأعزاء

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أعانني على إنهاء هذه الأطروحة وأشكر الله سبحانه وتعالى الذي أوجد عندي الطموح

وبعد:

أتقدم بوافر الشكر والعرفان للدكتور رياض ملكوش، المشرف على هذه الأطروحة، على ما بذله من جهد، فقد كان لتوجيهاته وملاحظاته القيمة أثر كبير في إثراء هذه الأطروحة.

كما أتقدم بالشكر والامتنان إلى أساتذتي الكرام، الأستاذ الدكتور نزيه حمـــدي، والدكتور قاسم سمور، والأستاذ الدكتور محمود عطا، أعضاء لجنـــة المناقــشة، ولا يفوتني أن أشكر من كان يشد أزري في مناسبات كثيرة الأستاذ الدكتور نزيه حمدي، والأستاذ الدكتورة نسيمة داود، والدكتور عادل طنوس، والدكتور إبـــراهيم بـــاجس، وإلى صديقتي العزيزة الدكتوره عبير الفار، والعزيزة السيدة غادة الديسي.

وإلى جميع من دعمني وساندني في إنهاء هذه الأطروحة

وجزاهم الله كل خير،،،

الباحثة

عبير عبد الرزاق عبدة

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

أثر برنامج معرفي سلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب لدى كبار السن

إعــداد

عبير عبد الرزاق عبده

المشرف

الدكتور رياض محمد أمين ملكوش

ملخص

هدفت الدراسة إلى قياس أثر برنامج معرفي سلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب لدى كبار السن، حيث قامت الباحثة باختيار (٥٠) مسناً من الذكور والذين تزيد أعمارهم عن (٦٥) سنة من العدد الكلي الموجود في دار الضيافة لرعاية المسنين والذي بلغ (١٢٠) مسناً ومسنة، وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين، تجريبية وضابطة، تلقت المجموعة التجريبية برنامجاً معرفياً سلوكياً لمدة (١٠) أسابيع مدة كل جلسة (٦٠) دقيقة مرتين أسبوعياً، ولم تتلق المجموعة الضابطة البرنامج التدريبي، تم استخدام مقياس التكيف النفسي والاجتماعي ومقياس الاكتئاب كمقاييس قبلية وبعدية لقياس أثر برنامج معرفي سلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب لدى كبار السن الموجودين في دار الضيافة لرعاية المسنين. ولتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على أسئلتها تم استخدام:-

- تحليل التباين المشترك الأحادي Ancova.
- تحليل التباين المشترك المتعدد Mancova.

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية للتكيف وعلى كل من مستوى التكيف النفسي والاجتماعيى كلاً على حدا. أشارت نتائج الدراسة أيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة مما يشير إلى وجود فاعلية في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن في دار الضيافة لرعاية المسنين.

ومن خلال نتائج الدراسة تم تقديم التوصيات التالية:-

- العمل على تدريب كوادر مؤهلة للعمل مع كبـــار الـــسن كالأخـــصائيين الاجتمـــاعيين والنفسيين.
- تصميم هذا البرنامج في دور الرعاية وتدريب المشرفين أنفسهم على هذا البرنامج وذلك لتسهيل التعامل مع كلار السن بطريقة مدروسة وبطريقة أفضل.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

مقدمة:

كان المجتمع الأردني في الماضي أكثر حرصاً وتقديراً لكبار السن، وكانت الأسرة تعتبر وجودهم بينها بركة ورحمة، وكانت حياتهم ورفاهيتهم هدفاً يعمل له جميع أفراد الأسرة، يبذلون أقصى طاقاتهم في التخفيف عنهم، ولا يقومون بأي خطوة دون الرجوع إليهم، وينظرون إلى خبراتهم الطويلة على أنها مصدر المشورة في جميع النواحي، ولقد كان من أبرز هذه التحولات التي شهدها المجتمع الأردني الهجرة من الريف إلى المدينة، وما صاحبها من تحولات في النمط الاجتماعي، كما أن الأسرة في نطاقها الواسع، وخاصةً في الريف الأردني كانت متمتعة بالحياة التقليدية، ومتمسكة بالعادات والقيم التي تفرض عليها احترام كبار السن. ومع انتشار التعليم داخل المجتمع تغيرت شبكة العلاقات الاجتماعية نتيجة هذه الهجرة الريفية الواسعة إلى المدن، حيث أن غالبية الشباب المتعلمين القادرين على العمل سارعوا إلى الهجرة من أجل تحقيق طموحاتهم، الأمر الذي جعل غالبية الأبناء يستقلون بمعيشتهم، سواء قبل الزواج أو بعده. وبالطبع فان هذه التحولات لابد ان تحدث تبدلاً في العلاقات الاجتماعية، وبالتالي تؤثر على وضع ومكانة كبير السن داخل الأسرة، لدرجة أن الأبناء أصبحوا يضيقون بتحمل مسؤوليات آبائهم، خاصةً بعد اعتمادهم على انفسهم، ولم يعد باستطاعتهم القيام بكافة المسؤوليات تجاه آبائهم وأجدادهم (Brawn & Pater, 1981). وتمر حياة الإنسان بمراحل نمائية مختلفة بدءاً بالطفولة والمراهقة فمرحلة النضج ثم مرحلة الكبر في السن. وفي كل مرحلة زمنية من مراحل عمره تطرأ تغيرات عدة على وظائفه الحياتية وأدواره الاجتماعية، ومن أصعب هذه المراحل وأشدها على الإنسان مرحلة الكبر في السن. هذه المرحلة التي تؤثر على الفرد من جميع النواحي، وهي مرحلة تختلف عن المراحل الأخرى من حيث اختلاف طابعها الاجتماعي والوظيفي (Mikels & Carstensen, 2005).

ومرحلة كبر السن ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة تظهر آثارها في التغيرات الجسمية والفسيولوجية التي تطرأ على الفرد، بل هي كذلك ظاهرة اجتماعية ونفسية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد وموقف الفرد من ذاته حين يصل إلى سن معينة. وقد يحدد المجتمع هذه

المرحلة بطريقة تعسفية، كما يفرض على هؤلاء الأفراد قيوداً تتمثل في أوضح صورها في الحكم عليهم بالتقاعد من وظائفهم وأعمالهم، وما يترتب على ذلك من عدم ممارسة الكثير منهم أوجه النشاط اليومي التي ألفوا القيام بها والمشاركة فيها لسنوات طويلة. فيتوقع المجتمع منهم أن يتبعوا انماطاً سلوكية معينة يحددها المجتمع نفسه بل ويفرضها عليهم (Baltes, Freudn & Ebne, 2006).

وتواجه مجتمعاتنا المعاصرة ظاهرة تزايد أعداد الكبار في السن، ولذلك برزت الحاجة الكبيرة للعناية بهذه المرحلة العمرية ودراستها دراسة معمقة تمهيداً لتقديم البرامج التي تتوافق مع رغبات وحاجات أفراد هذه المرحلة. وهذا الازدياد في أعداد كبار السن جاء نتيجة طبيعية لعمليات التغير والتطور في كل شيء، مما نجم عنه مشاكل اجتماعية ونفسية تستحق الاهتمام والدراسة خاصةً ما يعانيه الكبار من مشاعر إكتئاب وحزن وعزلة وفقدان للأهمية (Burnside, 1984).

وتشير الإحصائيات (دائرة الإحصاءات العامة الأردنية، ٢٠١٠)، في المجتمع الأردني، إلى ان عدد كبار السن يبلغ (١٩٣،٧٥٠) فرداً، وبنسبة مئوية تمثل ما قيمته (٣،٢٤%) من عدد السكان الكلي، مما يشير إلى ان كبار السن الأردنيين يمثلون فئة مجتمعية قائمة بحد ذاتها تستحق ان يخصص لها العديد من الخدمات والجهود المقصودة والعناية ويلاحظ أنه بالرغم من هذا الارتفاع والتزايد الواضح في أعداد كبار السن في الأردن، إلا أن برامج الرعاية المتخصصة لهذه الفئة قليلة جداً، خاصةً للمقيمين منهم في مؤسسات رعاية المسنين، والذين يعانون بشكل خاصٍ من العديد من الأمراض العقلية والجسدية، والتي تعد السبب الرئيس للجوء الأسرة الأصلية لوضعهم في هذه المؤسسات، مما يؤدي إلى تفاقم الأمر وزيادته سوءاً بالنسبة لكبير السن، وذلك لشعوره بالحزن والاكتئاب والوحدة نتيجة لبعده عن منزله وأسرته وفقدانه لاستقلاليته وحقه في الاختيار وتقرير مصيره.

ومن الجدير ذكره ان عدد مؤسسات رعاية المسنين في الأردن لعام ٢٠١٠ وصل إلى إحدى عشرة مؤسسة، يقيم فيها مائتان وستة وأربعون مسناً من الذكور والإناث حتى نهاية شهر أيلول. إضافةً إلى الأندية النهارية للقطاعين الخاص والتطوعي والتي يبلغ عددها سبعة أندية (وزارة التنمية الاجتماعية، ٢٠١٠).

وقد ظهرت الحاجة لتوفير شروط الرعاية النفسية الجيدة لكبار السن، وذلك انسجاماً مع زيادة أعدادهم وفرص بقائهم على قيد الحياة، من خلال خدمات التمريض المنزلي والمؤسسي، وأصبحت الرعاية المؤسسية حاجة وخدمة أساسية لبعض كبار السن ممن استلزمت أوضاعهم الجسدية والاقتصادية والنفسية والاجتماعية ذلك (Bohlmeijer, et al,2003).

ويعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لدى كبار السن المقيمين في دور رعاية المسنين. ويوجد في الولايات المتحدة فقط ما يقارب المليون والنصف شخص من كبار السن فوق الخامسة والستين سنة، ممن يقيمون حالياً في دور رعاية المسنين. ومن المتوقع لهذا العدد ان يزيد بدرجة كبيرة مع تقدم سكان الولايات المتحدة في السن وطول مدة عمر أفراد هذه الفئة العمرية. وقد أظهرت العديد من الدراسات ارتفاع نسب شيوع حالات الاكتئاب بين كبار السن المقيمين في مؤسسات رعاية كبار السن (Kurloicz, & Greenberg, 2007).

إن الفرد المكتئب يهتم بالنتائج المباشرة لسلوكه ولا يهتم بالنتائج بعيدة المدى، ويقوم بعزو غير مناسب للأحداث السلبية. ولا يكافئ نفسه عند النجاح ويعاقب نفسه بشدة عند الفشل. ويرى نفسه بطريقة سلبية، ويضع فرقاً كبيراً بين نظرته لنفسه الآن وبين ذاته المثالية. ولهذا يلجأ الفرد المكتئب للانتحار فهو لا يرى أملاً في التغير. ويعتقد ان الانتحار سيريحه من مشاكله (Dattilio and Freeman, 2000).

وتشير بعض الدراسات (Levin, Wei, Akincigil, Lucas, Bilder & Crystal,2007)، إلى ضرورة بذل الكثير من الجهد في بيئة مؤسسات رعاية كبار السن، من أجل تحسين نوعية رعاية مرضى الاكتئاب لدى جميع المقيمين داخل تلك المؤسسات. واستناداً إلى روي وكان (Rowe and Kahn,1997) فإن الاندماج والانخراط في الحياة، يعد عنصراً حاسماً للنجاح في تخطي مرحلة كبر السن، وتشير نتائج بعض الدراسات (Silverstein & Parker,2002) إلى أن تحقيق أقصى قدر من المشاركة في الانشطة المختلفة لدى كبار السن، تعد استراتيجية تكيفية يتخذها كبار السن للتعويض عن العجز الاجتماعي والمادي في الفترة الأخيرة من الحياة، ولزيادة مستوى تكيفهم.

ويواجه كبار السن العديد من الاضطرابات الإنفعالية، بما فيها الشعور باليأس والخسارة والعزلة والعجز والفراغ والاتكالية والاكتئاب، والقلق بشان العلاج والرعاية الصحية. وقد أشارت الدراسات المتعلقة بعلم كبار السن ان انخراط كبار السن في الانشطة تجعلهم يشعرون

باستمرار دورهم في الحياة وقد يحسن صحتهم، ونوعية الحياة عن طريـــق تخفيــف حــدوث الاكتئاب والقلق والزيارات الطبية. وغيرها من المؤشــرات ذات الــصلة بالــصحة النفــسية والجــسمية. بالإضــافة إلـــى تحقيــق المكاســب النفــسية والــشعور بالكرامـــة والتقــدير الذاتي (Slaughter, 2004).

والاكتئاب الملاحظ لدى كبار السن يعود السبب الرئيس فيه إلى النقص الجــوهري فـــي الدعم النفسي والاجتماعي، الذي عادةً ما كان يشعر به كبير الــسن قبــل أن يــذهب إلـــى دار المسنين، وهذا ما يؤكد حاجة كبير السن إلى برامج توجيه وإرشاد تتطلــب التــدريب الكـــافي والصحيح لمن يقومون برعايتهم لمساعدتهم على إعادة النظر في أبنيــتهم المعرفيـــة لخفــض مستوى الاكتئاب لديهم (Manni, 2000).

وقد أظهرت بعض الدراسات التي أجريت على كبار السن، أهميـــة البـــرامج المــصممة خصيصاً لكبار الــسن الموجــودين فـــي مؤســسات الرعايـــة (Bolda, Coburn, Keith, Thompson, & Korsen,1998)، وتبين أن إشراك المقيمين في مؤســسات رعايـــة كبـــار السن في بعض الانشطة الممتعة والمبهجة، يمكن أن يحسن ويخفف من أعراض الاكتئاب التي يعانون منها. وقد تمت الإشادة بأهمية الانشطة باعتبارها الأساس للتقــدم النــاجح فـــي الــسن (Baltes & Lang,1997)، على نطاق واسع بين العديد من علماء التقدم في السن والبـــاحثين في مشكلات التكيف النفسي والاجتماعي لدى كبار السن (Bearon,1996).

وفي المجتمعات العربية فإن هناك تغيرات كثيرة حدثت وتركت آثارها المباشــرة وغيـــر المباشرة على حياة كبار السن وأدوارهم الاجتماعية. ومن هذه التغيرات التحول مـــن الأســـرة الممتدة إلى الأسرة النووية المقتصرة على الزوج والزوجة والأبناء. وإذا وجد شخص كبير في السن مع هذه الأسرة فإن كثيراً من المشكلات تنجم عن وجود كبير السن في هذه الأسرة. قد زاد من تفاقم هذه المشكلات خروج المرأة للعمل. وقضاء معظم وقتها خـــارج البيـــت وتخــصيص الوقت الباقي للأبناء. وعدم توفير وقت كافي لكبير السن والاعتناء به. كما أن اتساع الفجوة بين الأجيال وعدم التوافق والانسجام بين اهتمامات كبار السن والفئات العمرية الأخرى أدى في كثير من الأحيان إلى ضعف العلاقات الاجتماعية، أو التسبب في مشكلات للطــرفين. وكلمـــا زادت الهوة بين كبار السن وغيرهم من الأعمار الأخرى زادت انعزالية كبير السن وتناقصت علاقاته الاجتماعية، مما يشكل ضغوطاً كبيرة على كبار السن، وأشـــارت دراســـة لبـــارجو وبـــارجو

(Burgio & Burgio) إلى أن التمتع بعلاقات اجتماعية متعددة وثرية وعلاقات أسرية متوازنة وممارسة أدوار جديدة في الحياة والقدرة على شغل أوقات الفراغ والعناية الصحية والرياضية هي من العوامل التي تساعد كبار السن على الوصول إلى أعمار متأخرة وهم بحالة جيدة (Mikels & Carstensen,2005).

لقد تأثرت مجتمعاتنا العربية ومنها المجتمع الأردني في أسلوب رعاية كبار السن فلم تعد الأسرة هي المسؤولة الوحيدة لتقديم الرعاية بل تم انشاء دور الرعاية والتي يعود تاريخ إنشائها في الأردن إلى عقد الخمسينات، وتمثلت ببيوت العجزة التي كانت تشرف عليها بعض المؤسسات الدينية في القدس العربية. وبعد الاحتلال الإسرائيلي للضفة الغربية عام ١٩٦٧ وفي الأردن أقامت الجمعية الأرثوذكسية أول ملجأ للعجزة الكبار في السن يضم ١٢ نزيلاً في مدينة الزرقاء عام ١٩٧٠ وسمي فيما بعد مركز الأميرة منى. وفي السنة ذاتها انشئت إرسالية المحبة الهندية دار السلام في عمان، وتتسع لحوالي ٨٠ نزيلاً من المقعدين والعجزة. ونتيجة بروز الحاجة إلى التوسع في انشاء دور رعاية للمسنين وبالتعاون بين القطاع الحكومي والقطاع التطوعي تم إقامة دار الضيافة في الجويدة عام ١٩٧٩ لتقديم الخدمة لحوالي ١٢٠ نزيلاً من الجنسين (محافظة، ١٩٩٣).

ويختلف كبار السن المقيمين في مؤسسات الرعاية باختلاف خلفيتهم وخصائصهم وظروفهم الشخصية. فمنهم من يدخل الدار لفترة قصيرة، وآخرون يعيشون فيها حتى أيامهم الأخيرة، ومنهم من يعاني من مرضٍ عضال أو مرض نفسي مثل الاكتئاب أو القلق أو الخوف، ومنهم من يحتاج للعناية (٢٤) ساعة، وكثيرٌ منهم ينقصه المورد المادي والدعم الاجتماعي، ومنهم الأعزب أو المطلق أو الأرمل. وقد وجد أن أكثر نسبة من كبار السن عرضة للدخول والإقامة في المؤسسة وبحاجة إلى رعاية طويلة الأمد هم كبار السن الذين لا يوجد عندهم عائلة (Freedman, 1996).

وقد يثير اسم دار الرعاية أو المؤسسة في نفوس كبار السن القلق والخوف، وذلك بسبب الانطباع السائد بان دار الرعاية هي ذلك المكان المقيت بأرضيته القذرة المبتلة التي يترك فيها كبير السن مهملاً وهو في حالة من الوهن ينتظر الموت وحيداً (Bledenharn & Normoyle,1991).

وتختلف دور رعاية المسنين من دار لأخرى ويعتمد ذلك على الفلسفة التي تقوم عليها الدار من ناحية الحجم وعدد العاملين فيها، وشروط الإقامة بها، فهناك دور أشبه ما تكون بمستشفى من حيث الخدمة الطبية والتمريضية المقدمة على مدار الساعة، ويتوفر في هذه الدور كل ما يحتاجه كبير السن من خدمة ورعاية من حيث تقديم الطعام والشراب والملبس، وحسبما يريد وفي أي وقت مع توفر مكان العبادة واستقبال الزوار المرحب بهم في أي وقت. وهناك دور أخرى لا توفر الخصوصية للنزيل، فالغرف مشتركة وكذلك الحمامات وغرف تناول الطعام ومواعيد تناول الوجبات ثابتة وكل ما فيها مجدول بمواعيد يعطي شعوراً بالملل والضجر وتؤدي بكبير السن أن يمكث في فراشه معظم الوقت (Belsky,1999). فقد وجد فان ديكيد وهاربر (Van Dyked & Harper) والمشار لها في بلسكي (Belsky,1999) أن ٢٣ نزيلاً في واحدة من المؤسسات عن طريق مراقبتهم كل ٥ دقائق ولمدة ١٢ ساعة أن هؤلاء النزلاء يقضون نصف الوقت في غرفهم، و أن العلاقات بينهم لا تتسم بالدفء المتوقع، وعادةً ما يوصفون بأنهم يعيشون بصمت وهدوء حيث يحتفظون بشكاويهم لانفسهم، بعد أن تركوا علاقاتهم الاجتماعية خارج الدار.

إن الإقامة في دور الرعاية غير مرحب به عند نسبة كبيرة من كبار السن، وقد يكون السبب في ذلك خضوع من يريد الإقامة للأنظمة والتعليمات التي تقيد النزيل كتعليمات النوم والصحو ونوعية الأكل ونوعية الوجبات وتمضية وقت الفراغ والتكيف الإجباري لشريك الغرفة، وفقدان الخصوصية والانفصال عن الأدوار الطبيعية التي كان يقوم بها كبير السن، والالتزام لتعليمات وانظمة إدارة الدار، مع فقدان الاستقلالية واستبدالها بالاعتمادية (Harris,1990). إضافة إلى ذلك فإن النزلاء يتعرضون إلى سوء المعاملة من قبل بعض العاملين الذين يعانون من النقص في التدريب والتأهيل وقلة الحوافز وضعف العائد المادي، وظروف العمل الصعبة، والتقدير الاجتماعي المتدني الذي ينعكس على سوء العلاقة بين العاملين والنزلاء، وهذا ما أشارت إليه دراسة مسحية عند سؤال النزلاء عن طبيعة العلاقة مع العاملين في المؤسسة، حيث أفاد ١٠% بتعرضهم للعنف الجسدي، و٤١% للاستغلال والإيذاء النفسي حيث يصيب نسبة كبيرة من كبار السن نتيجة لهذه الظروف، لظروف الوحدة والضجر والاكتئاب وقلة التكيف النفسي والاجتماعي وهذا ما يستلزم عمل برامج تدريبية لهم ليستطيعوا أن يتكيفوا مع هذا الوضع (Belsky,1999). وتعاني نسبة كبيرة من نزلاء دور الرعاية من الأمراض والاضطربات النفسية مثل الاكتئاب والهوس والقلق والخرف والتدهور العقلي وسوء

التكيف النفسي والاجتماعي وغيرها من الاضطرابات. وهناك افتراض مفاده أن أحد أسباب هذه الأمراض هو المؤسسة ولكن الافتراض الأدق أن كبار السن الذين يصلون إلى مؤسسات الرعاية هم على الأغلب مضطربون انفعالياً وعاطفياً وينقصهم الدعم الاجتماعي ويعانون في بيئاتهم الخاصة من المشكلات قبل دخولهم المؤسسة. وتبقى الإقامة في دور الرعاية هي الحل الوحيد لكبار السن الذين يعانون من ظروف صعبة ويعيشون وحدهم ولا يوجد من يرعاهم .(Belsky, 1999)

دار الضيافة لرعاية المسنين:

طبقت الدراسة الحالية في دار الضيافة لرعاية المسنين التي تقع في منطقة خريبة السوق– الجويدة، وتقع جنوب مدينة عمان ومساحتها (٢٠) دونماً وهي محاطةً بالأشجار، وقد تمّ إنشاؤها من قبل جمعية الأسرّة البيضاء عام (١٩٧٩)، وبلغت تكاليف إنشائها حوالي نصف مليون دينار، وساهمت وزارة التنمية الاجتماعية بتغطية ثلث هذه التكاليف. وهي تتسع لإقامة مئة وعشرين مسناً من كلا الجنسين. يتألفُ المبنى من خمسين غرفة تضمُ قسمين، خُصص أحدُهما للذكور والآخرُ للإناث. ويتألف قسمُ الذكور من سبع وعشرين غرفةً مزدوجةً بسريرين أو أربعةِ أسرّة، وصالة تلفزيون للذكور، يقيم في هذا القسم واحدٌ وثمانون رجلاً مسناً.

يتألف قسم الإناث من اثنتين وعشرين غرفة مزدوجة بسريرين أو أربعة أسرّة، وصالتا تلفزيون واسعتين، يقيمُ فيها ثمانٍ وثلاثون امرأةً تشغل الإناث تسع عشرة غرفة منها، في حين خُصصت الغرف الثلاث لمسنين من الذكور المقعدين. وتقدّر مساحة الغرفة الصغيرة (٣×٤) أمتار تقريباً، بسرير وطاولة جانبية صغيرة، وخزانة حائط وحمام (تلفزيون وثلاجة ومروحة)، إضافةً إلى أربعة مقاعد جلوس لاستخدام المقيم وضيوفه. ويتألف المبنى أيضاً من مطبخ كبير يعمل به طباخ واحد وسبعة مساعدين، وقاعة واحدة للمحاضرات، وغرفة واحدة لاجتماعات أعضاء مجلس إدارة الجمعية. كما يضمُّ عيادة طبية للجنسين تشرف عليها وزارة الصحة من خلال طبيب، وممرضتين وممرض، بالإضافة إلى طبيب نفسي يتردد على المقيمين من كبار السن بمعدل يوم واحد أسبوعياً.

ويتألف الجهاز العامل من مديرة تحمل درجة بكالوريوس تمريض، ونائبة مديرة، دبلوم لغة عربية، واختصاصية اجتماعية واحدة لقسمي الذكور والإناث، بالإضافة إلى مشرفات وموظفات رعاية عشرون موظفة (باستثناء موظف ذكر واحد للرعاية التمريضية) يحملنَ درجة الدبلوم وبمستوى توجيهي وأقل، للدوام الصباحي في القسمين، ومشرفات وموظفات رعاية إثنى عشر نصفُهم من الإناث للدوام المسائي. ويتولى أعمال التنظيف في المبنى شركة تنظيف خاصة يعمل بها ثمانية عاملين في الفترة الصباحية وبعد الظهر.

وتقوم الدار بتقديم وجبات الطعام بصورةٍ فرديةٍ داخل الغرف وفق مواعيد محددة وذلك مقابل مبلغ يتم تسديده إما عن طريق وزارة التنمية الاجتماعية وإمّا من ذوي المقيمين، بالإضافة إلى تخصيص وزارة التنمية الاجتماعية مبلغاً شهرياً بقيمة عشرة دنانير، كمصروف شخصي للمقيمين على حسابها، أما بالنسبة لشروط الإقامة فهي:

١. أن يكون عمر المسنّ فوق الستين عاماً.
٢. أن لا يعاني من أمراض نفسيةٍ حادة أو أمراضٍ معدية.

أما فيما يتعلق بالصحة الجسمية للمقيمين، فيوجدُ ما يقارب العشرين رجلاً، وثماني نساء من كبار السن المقعدين على كرسي متحرك أو مقعدين بصورة كاملة. بالإضافة إلى خمسة مسنين ذكور، وامرأتين من كبار السن المصابين بكفّ البصر. هذا بالإضافة إلى وجود عددٍ كبيرٍ من المقيمين من كبار السن من الجنسين الذين يعانون من الأمراض المزمنة المختلفة كالسرطان والأمراض الأخرى المرتبطة بالتقدم بالسن، كأمراض القلب والضغط والسكري والفشل الكلوي وهشاشة العظام وغيرها.

أما فيما يتعلق بالصحة النفسية والعقلية للمقيمين فيوجد ما يقارب الأثني عشر مقيماً من الجنسين (تسعة منهم من الذكور وثلاث من النساء) ممن يعانون من ذهان الفصام (Schizophrenia)، وما يقارب الخمسة والعشرين مقيماً يعانون من خرف الشيخوخة من الجنسين، وعشرة مقيمين من الجنسين (سبعة منهم من الإناث) يعانون من مرض الزهايمر.

ولا توجدُ برامج ترفيهية أو أنشطةٌ يومية مباشرة متخصصة ومخصصة لهؤلاء المقيمين، أو لدعم علاقاتهم بأسرهم الأصلية، ولتدريبهم على الاعتماد على أنفسهم، بل إن معظم الممارسات المتبعة، تقللّ من فرصِ استقلاليتهم، فهم لا حق لهم في الاختيار أو اتخاذ القرار بأيّ شيء يتعلقُ بأمورهم الحياتية اليومية، كنوعية الوجبات ومواعيد تناول الطعام أو النوم، ما

يعكسُ جوانب القصور في هذا المكان، والحاجة الماسّة لتطوير جهودٍ مقصودة وسريعةٍ للتعامل مع هذه الفئة بوصفها ما زالت على قيد الحياة.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

قد يواجه كبار السن الذين يتم وضعهم في دور للرعاية مشاكل نفسية متعددة مثل الاكتئاب والإحباط وخيبة الأمل من الأبناء، وكذلك كثير من الأفكار الهدامة للذات (Papalia, Sterns, Feldman & Comp, 2002).

وبمرور الإنسان بمراحل عمره المختلفة، يطرأ تغيرات على دوره ووظيفته الاجتماعية تغيرات تبعاً لمرحلة عمره التي يعيش فيها، والتي تحدد له طبيعة وظائفه الاجتماعية المطلوب منه القيام بها، ويكون التغير عميقاً عند وصوله إلى مرحلة كبر السن التي يختلف طابعها الاجتماعي والوظيفي والنفسي عن طابع مرحلتي الطفولة والشباب وكنتيجة لعمليات التنمية والتحديث وما صاحبها من تغيرات ديموغرافية، فقد زادت نسبة كبار السن في مختلف البلدان التي حدثت فيها هذه العمليات مما أدى إلى تغير في الأبنية الاجتماعية، فلم تعد الأسرة هي الأسرة الممتدة، بل أصبحت تقتصر على الأسرة النووية التي تضم الأب والأم والأولاد. وقد نجم عن هذا التغير الوظيفي ظواهر اجتماعية ونفسية عديدة منها ما يعانيه كبار السن من اكتئاب، وحزن، وتغير في المكانة، مما يقودهم في النهاية إلى العزلة وانتظار الموت (Harris, 1990).

ومع تغير ظروف الحياة وتعقيداتها وازدياد هذا المعدل للكبار في السن في العالم والوطن العربي بشكل عام، وفي الأردن بشكل خاص سواء في مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحكومية وغير الحكومية والتي تشرف عليها وزارة التنمية الاجتماعية في الأردن. وبسبب افتقاد كبار السن لمكانتهم الاجتماعية وتغير أدوارهم وأثر ذلك سلباً على أفكارهم وبنيتهم المعرفية أدى ذلك إلى صعوبات في التكيف ومشاعر إحباط واكتئاب، وعلى الرغم من اهتمام علماء النفس والمرشدين بهذه الفئة، لكن ما زال الاهتمام محدود. ومن هنا ظهرت مشكلة الدراسة التي تتناول أهم المشكلات النفسية التي يعاني منها الكبار في السن، وهي الاكتئاب وسوء التكيف النفسي والاجتماعي لذلك تسعى هذه الدراسة إلى قياس أثر برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب لدى كبار السن.

وذلك من خلال محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية:

١- ما فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى كبار السن؟

٢- ما فاعلية البرنامج التدريبي في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن؟

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة من أهمية الفئة المستهدفة وهي كبار السن حيث أنهم في أمس الحاجة إلى جهات وأفراد يقومون بالعناية بهم مثل دور رعاية المسنين وإنشاء الأندية النهارية لهم والتعرف على مشكلاتهم والحرص الشديد على كيفية التعامل معهم.

ونظراً لكون الدراسات في مجال الأدب النفسي المتعلق ببرامج الأرشاد الخاصة بهذه الفئة تبدو نادرة وقليلة، فإن هذه الدراسة تطمح إلى أن تكون مساهمة متواضعة في هذا المجال، تشارك في التأسيس لبرامج عملية تعتمد الإرشاد النفسي المبني على أساس علمي بحيث يظهر أثره واقعياً.

ومن هذا المنطلق تكمن أهمية الدراسة الحالية، حيث تسعى إلى تطوير برنامج تدريبي معرفي سلوكي مع كبار السن للتخفيف من إكتئابهم وتحسين مستوى تكيفهم النفسي والاجتماعي، وتوظيف ما تحويه جلسات البرنامج من أنشطة وتمارين ومهارات قائمة على أسس علمية، والاستفادة من وضع كبار السن المتواجدين في دار الرعاية كمجموعة بالشكل الذي يخدم تطبيق البرنامج التدريبي، ويخدم أفراد المجموعة المشاركين، وكذلك للتحقق من مدى فعالية البرنامج واستمراريته، مما يؤمل أن يستفيد منها المتخصصون في ميدان الإرشاد لدى تعاملهم مع تلك الفئة العمرية المهمة في هذا المجتمع.

تعريف المصطلحات:

١- **الاكتئاب Depression:**

حالة مزاجية تتضمن مشاعر الحزن، والوحدة، واللامبالاة ومفهوماً سلبياً عن الذات مصحوباً بتوبيخها وتحقيرها ولومها، ورغبات في عقاب الذات، وتغيرات في عادات الأكل وصعوبات في النوم وتغير في مستوى النشاط نقصاً أو زيادة (Beck,1970,1976). ويعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الاكتئاب المستخدم في هذه الدراسة.

٢- **العلاج المعرفي – السلوكي:Cognitive Behavioral Therapy**

يعرف انجرام وسكوت Ingram and Scott العلاج المعرفي السلوكي بشكل محدد على أنه: "مجموعة من الإجراءات العلاجية والتي هي تجسيد المفاهيم النظرية للتغير والذي أخذ مكاناً أساسياً في العملية المعرفية، وتوجيهها على الأقل وبشكل إجرائي بعض الأساليب العلاجية نحو تغيير وتبديل السمات المعرفية". ويفترض العلاج المعرفي السلوكي أن الأفكار والمشاعر تؤثران على السلوك كأحداث ظاهرة، ومميزة، ومعززة، وقد تعملان كأحداث تؤدي إلى ردود فعل انفعالية، وتلميحات تمييزية للسلوكات الإجرائية، والاستجابة بالشكل المناسب لهم (Dattilio and Freeman,2000).

٣- **التكيف النفسي والاجتماعي:**

تلك العملية المستمرة التي يستطيع الفرد من خلالها ان يغير من سلوكه، بحيث يستعيد التوازن بينه وبين ذاته في الوسط الذي يعيش فيه على نحو يجعله أكثر تقبلاً للآخرين (Beck,1967)، ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها كبار السن على مقياس التكيف النفسي والاجتماعي المستخدم في هذه الدراسة.

٤- **كبير السن:**

الشخص الذي يواجه مجموعةً من التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية، التي تؤثر على حياته بشكل مباشر، وعمره ٦٥ عاماً فما فوق (Beaumont, Kenealy & Rogers, 1999).

ويقصد بكبار السن في الدراسة الحالية مجموعة كبار السن من الرجال الذين بلغت أعمارهم ٦٥ سنة فما فوق، ويقيمون في دار الضيافة التابعة لجمعية الأسرة البيضاء.

٥- **البرنامج التدريبي:**

عبارة عن برنامجٍ يحتوي على مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى تحسين مـــستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن في الأردن.

٦- **دار الضيافة / جمعية الأسرة البيضاء**

الموجودة في الجويدة، والتي تضم مئةً وعشرين مسناً ومسنة.

محددات الدراسة:

تتحدد نتائج الدراسة بالمحددات الآتية:

١- اقتصار الدراسة على كبار السن المتواجدين في دار الضيافة لرعاية المسنين.

٢- اقتصار الدراسة على كبار السن القادرين على التجاوب مع الباحثة والذين سمحت ظروفهم الصحية والعقلية بذلك.

٣- طبيعة الأدوات المستخدمة في الدراسة.

الإطار النظري:-

كبر السن:

لقد اعتبرت كثير من الدراسات أن مرحلة كبر السن أو ما اصطلح على تسميتها بمرحلة الشيخوخة تبدأ عندما يبلغ الشخص من العمر (٦٥) عاماً (Beaumont, Kenealy & Rogers, 1999)

الخصائص والتغيرات المميزة لكبار السن:

إن معرفتنا للخصائص التي تميز كل مرحلة التقدم من العمر، ستساعد في التعرف على كيفية التعامل مع هذه الفئة، وأنواع الرعاية الواجب تقديمها لهم، كما تساعدنا على وضع البرامج الوقائية أو العلاجية التي يحتاج إليها المسنون في المجتمع، وتحسين مستوى أداء الجمعيات والمؤسسات ذات العلاقة. وتتلخص هذه الخصائص بما يلي: خصائص جسمية، وخصائص معرفية، وخصائص انفعالية. وستقوم الدراسة بعرض موجز لكل واحدة منها:

١. الخصائص الجسمية:

يتكامل نمو الفرد في مرحلة الشباب، ثم يتراجع في سن الكهولة، ويتفاقم الوضع في مرحلة الشيخوخة. فالحواس مثل السمع والبصر يضعف أداؤها في سن الخمسين من العمر، وبالنسبة للسمع نلاحظ أن بعض كبار السن يتكلمون بصوت مرتفع كي يسمع صوتهم، وهذا دليل على تدني قدرة السمع عند كبير السن، الأمر الذي يشكل له صعوبات في الاتصال والتفاعل مع الآخرين. وأما بالنسبة لحاسة البصر، فإن العين تفقد الكثير من قدراتها، وهذا يؤدي على صعوبات في الرؤية، ويتفاوت ذلك من فرد إلى آخر نظراً للفروق الفردية بين الأشخاص. ويضاف إلى ذلك أن العضلات تترهل وتفتر همة الفرد وقدرته الجسمية، كما يعاني كبير السن من بعض الأمراض المزمنة في الغالب، مثل ارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين ومرض السكر، وأمراض القلب. وهذه المعاناة بحد ذاتها تشكل مصدراً للقلق لدى كبير السن، حيث يشعر بالخوف من دنو الأجل، ويخشى الموت، ويتوق إلى مساعدة الآخرين له.

٢. الخصائص المعرفية:

فيما يتعلق بحل المشكلات، وجد بأن الكبار كانوا أقل قدرة على التمييز بين المعلومات ذات العلاقة من تلك التي ليس له علاقة، وإن قاعدتهم في الحل اعتمدت على الحس الباطني بدلاً

من الأدلة المتوافرة. ويظهر الكبار كذلك ميلاً أكثر إلى الفضول والاستماع للحقائق الاقتصادية والاجتماعية، لذلك فإن الأسئلة المختصرة لا تكون ذات معنى لديهم.

ويميل الكبار إلى تجاهل بعض الأفكار على اعتبار أنها غير مهمة، ويتجهون إلى حل المشكلات ذات المستوى المنخفض من التجريد مقارنةً بالبالغين، كما يظهرون ممارسة عملية لحل المشكلات في حياتهم بشكل أكثر فعالية مما يظهره الصغار. وفيما يتعلق بالتعليم، فهم يميلون إلى إضفاء طابع شخصي على مهمات التعليم بدلاً من تطبيق طرق الاستنتاج المنطقي، ويعتمدون أكثر على الذاتية والتفكير الحدسي. ويظهرون تحسناً في الإنجاز والقدرة على الفهم حتى عمر ٥٥ سنة، وبعد ذلك ينتهون بالتراجع، إلا أنه وفي حالات كثيرة يكون لمستوى التعليم أهمية أكبر من العمر نفسه.

ووجدت الدراسات أن فهم كبير السن للجمل يبقى متوازناً حتى سن الستين، وبعد ذلك تميل القدرة إلى التناقص كلما تقدم العمر. وعلى أية حال، فإن فهم الجمل السمعية يبقى موجوداً ويعتمد بشكل جزئي على معدل التقدم بالعمر. وقد أظهرت الدراسات حدوث بعض التراجع في التعليم بعد عمر ٦٠ سنة. وتوصلت الدراسات فيما يتعلق بالكتابة النثرية على أن لدى الكبار قدرة على فهم المعاني بشكل جيد. ومع ذلك فهم لا يملكون القدرة الكافية على الاحتفاظ بالمعلومات لفترة أطول. ويميل الكبار إلى تطوير ما يسمى بالحكمة، أي تعلم ما وراء الكتاب، وهي ترتبط بتراكم الخبرات طيلة الحياة عند التعامل مع متطلبات الحياة ومهامها، وترتبط كذلك بالتعامل مع المواقف التي يتعرضون لها، وفي حل المشكلات وتطبيق هذا الفهم على مواقف الحياة. أما الأفكار الجدلية لديهم، فتعتبر كوجهة نظر مترافقة بشكل متعارض دون حاجة لحل التضارب، وأحياناً يكونون قادرين على تطوير أفكار جديدة (Burside, 1984).

٣. الخصائص الانفعالية:

إن مظاهر الضعف الجسمي وما يعانيه كبير السن في كثير من الوظائف العقلية، تجعله عرضةً للخوف والقلق، فالأمراض المزمنة التي يعاني منها، وإحالته على التقاعد وترك العمل، وفقده بعض الأصدقاء نتيجة الوفاة، وعدم تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي على وجه سليم، يجعله دوماً في حالة صدام مع من حوله من الأبناء أو الأحفاد؛ لأنه يشعر أنهم لا يطيعون له أمراً، كما أن وصول بعض الأبناء إلى مكانة اجتماعية مرموقة قد تدفعهم على التعالي على الآباء من كبار السن، وكثيراً ما يبعدونهم عن أنظار الزوّار لأنهم لا يحسنون المهارات

الاجتماعية المستجدة التي يحتاجها الفرد في مختلف المناسبات الاجتماعية، وهذا كله يؤثر في نفسية كبير السن ويجعله نهباً للتوتر والقلق والشعور بالآلام. ويضاف إلى ذلك أن كبير السن كثيراً ما يفقد شريك حياته، وكذلك فإن الأبناء يبتعدون عن الأسرة الأصلية نتيجة الزواج وتكوين أسرة مستقلة، وهذا يشعر كبير السن بعزلة وافتقاد السند أو المعين.

وقد دلت كثير من الدراسات على أن نسبة كبيرة من المسنين يعيشون في المجتمعات الصناعية وحدهم أو مع أزواجهم فقط، ومن هذه الدارسات ما قام به روزماير (Rozmaier, 1972) حيث ذكر أن ٩١% من كبار السن يعيشون وحدهم أو مع زوجاتهم، في حين أن ٨% فقط يعيشون مع أولادهم. وتشير نتائج بعض الدراسات التي أجريت في المجتمعات النامية على أن حوالي ٧٥% من كبار السن من مدينة مدراس في الهند يعيشون مع أسرهم، وهناك حوالي ٥% يعيشون مع أزواجهم وفقط ٢,٧% يعيشون وحدهم.

ومن الخصائص النفسية التي يتميز بها كبير السن تعصبه لماضيه وللعادات التقاليد التي نشأ في ظلها، فكبار السن يقفون موقفاً عدائياً من كل جديد، كذلك نجدهم في صراع دائم مع أبنائهم وأحفادهم، وهذا أحد مصادر القلق عندهم لأنهم يرون أن من حولهم لا يطيعون لهم أمراً (فهمي، ١٩٩٩).

٤. الخصائص الاجتماعية:

تتميز الحياة الاجتماعية لكبار السن بفراغ يتخلل حياتهم، وذلك نتيجة حتمية لتفرق أولادهم في شؤون الحياة، فالإنسان حين يتجاوز الستين عاماً، فهو على أقل تقدير أب لشاب في العقد الثاني أو الثالث من عمره، ويكون قد تزوج. ولنا أن نتصور ما يعانيه كبير السن وقد تفرق أولاده وابتعدوا عنه. ومما يضاعف من هذا الفزع الاجتماعي هو تفرق أصدقائه في الشباب وزملائه في العمل أو موت بعضهم، وتزداد الوحدة الاجتماعية شدة ومرارة عند موت أحد الزوجين.

أما بالنسبة لضعف المرونة الاجتماعية، فمن الطبيعي أن تتكون مع الفرد في حياته عادات وأنماط من السلوك الفردي والاجتماعي، وكلما تقدم العمر بالإنسان ازدادت هذه العادات والأنماط ثباتاً وأصبحت جزءاً لا يتجزأ من مقومات شخصيته الفردية، وهذا سبب من أسباب معارضة المتقدمين في السن لأي تغير اجتماعي.

فالإنسان الذي يتخطى الخامسة والخمسين من عمره، يكون قد اعتاد على أعمال وطـرق خاصة للقيام بها. فيكون من الصعب عليه أن يحل طريقة جديدة محل الطريقة القديمة، وهنـاك ميل لدى كبير السن للاستمرار في نوعية السلوك ونمطه، فالجديد يحتاج استعماله وقتاً تدريبياً، وهذا ما يثبّط همة كبير السن، لأن استعمال القديم وتقبله أيسر وأسهل من الجديد.

أما فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية، فكلما تقدم المسن بالعمر ضعفت صلته شيئاً فـشيئاً بالمجالات الاجتماعية البعيدة عن دائرته الضيقة، وبذلك يصبح كبير السن أنانيـاً، ونرجـسياً، وكأنه بهذا السلوك يحافظ علـى حياتـه مـن مـضايقات العـالم الخـارجي المحـيط بـه؛ لذلك يصبح المظهر الاجتماعي المميز لكبيـر الـسن هـو العزلـة والوحـدة، تلـك الوحـدة التي تزداد بازدياد العمر مع رحيل الأبناء وزواجهم، وموت أحد الزوجين، والـضعف البـدني الذي يعتري كبير السن الذي مازال على قيد الحياة، مما يحول دون قيامه بزيارات لأصـدقائه البعيدين عن مسكنه، وتناقص أفراد جيله يوماً بعد يوم. فكل هذه العوامل تسرع بعزلة المـسن (فهمي، ١٩٩٩).

احتياجات كبار السن:

أ . الاحتياجات الاقتصادية:

لعل في طليعة ما يشغل بال الفرد والمجتمع توفير الأمن الاجتماعي لكل شخص، وخاصة عندما يتقدم الإنسان في العمر ويصل إلى سن التقاعد، فيتوقف نشاطه ويتعرض لآثار الشيخوخة ويتناقص دخله، في الوقت الذي تزداد فيه المـشكلات والاحتياجـات الـصحية والاجتماعيـة والنفسية. ومن أجل ذلك تعمل الدولة على ضمان مستوى مناسب لدخول كبار السن، فتقوم بتقديم الخدمات من نظم المعاشات الحكومية والتأمين الاجتماعي سواء في القطاع العام أو الخـاص، حتى تكفل لهم مورداً يغطي الاحتياجات المادية بعد حياة كفاح طويلة أسهموا فيهـا فـي بنـاء مجتمعهم.

ويمكن تحديد أهم الاحتياجات الاقتصادية لكبار السن بما يلي:

- الحاجة على نظام يكفل لكبير السن الحصول على دخل يتناسب مع الزيادة في أسـعار السلع والخدمات.

- الحاجة إلى وضع نظم كفيلة بإشراك كبار السن في عمليات التنميـة والاسـتفادة مـن خبراتهم في مجالات تخصصاتهم، مع إمكانية إعادة تدريبهم على الأعمال التي تتناسب مع إمكانياتهم وقدراتهم الجسمية والعقلية.
- من الضروري معاونة كبير السن على الموازنة بين موارده واحتياجاته ومنحه تسهيلات في تكاليف الخدمات التي يحتاجها، والاستعانة في ذلك بالجهود التطوعية والجمعيـات التعاونية.

ب. الاحتياجات الاجتماعية:

هناك صيغ كثيرة ومختلفة تمت تجربتها وتطويرها لتوفير الرعاية الاجتماعية لكبار السن، يمكن تحديدها بما يلي:

- إنشاء دور لرعاية المسنين توفر لهم الإقامة والطعام والشراب، وقد انتشر هذا النموذج على نطاق واسع في معظم الدول المتقدمة، وقد أخذت الدول تتبارى في تطوير وتحسين مستوى الخدمات التي توفرها دور المسنين، حتى إن بعضها قد وصل إلى مستوى يشبه فنادق الدرجة الممتازة.
- الحاجة لتوصيل الخدمات المختلفة لكبار السن الذين تتوافر لهم الإقامة مع أسرهم، أو لا يرغبون في الإقامة في دور المسنين، وهذه الخدمات تشمل تقديم الطعام لهم ومعاونتهم في الأعمال المنزلية، وفي الحصول على العلاج الطبيعي ومباشرته.
- يحتاج كبار السن دائماً إلى تعزيز علاقاتهم الاجتماعية، وذلك لأن مرحلة كبر السن وما يصاحبها عادة من تقاعد عن العمل، وعزلة عن قطاع كبير في المجتمع، تـؤدي إلـى زيادة إحساسهم بالوحشة. وليس من شك في أن كبير السن يكون أكثر حاجة على زيادة تدعيم علاقاته الاجتماعية لمواجهة تلك التغيرات الاجتماعية، وفي مقدمة ما يحتـاجون إليه تدعيم علاقاتهم الأسرية في مواجهة تغير العادات والتقاليد من جيل الأجداد إلى جيل الأحفاد (عكروش، ١٩٩٩).

ج. الاحتياجات الصحية:

يحتاج كبار السن على الرعاية الصحية، وذلك لضعف قوتهم وقدراتهم الجسمية، وإصابة بعضهم بأمراض الشيخوخة، الأمر الذي يجعلهم ينظرون إلى أي رعاية تقدم لهم على أنهـا لا قيمة لها، وذلك نتيجة خوفهم من الأمراض التي لا تقوى أجسامهم على مقاومتها.

كما تزداد حاجتهم إلى برامج الرعاية الصحية البدنية منها والنفسية، كلما تقدم بهم العمر، ومن الضروري العمل على توفير ما يحتاجونه من هذه البرامج، بحيث تكون موجـودة وفـي متناول أيديهم، وبالتكلفة التي يطيقونها سواء أقاموا في مؤسسة أو منازلهم، ويمكن الاستعانة في هذا الصدد بجهود الأطباء المتطوعين.

ومن المهم أن نوضح عدداً من الحقائق المرتبطة بالحاجات الصحية لكبار السن، وهي:

- إن تقدم المعرفة في طب الكبر أعطى آمالاً كبيرة للتغلب على كثيـر مـن المـشكلات الصحية التي طالما عانى منها كبار السن.
- وبإتباع إرشاد الرقابة المبكرة في سنوات الحياة يمكن علـى الأقـل تأجيـل مظـاهر الشيخوخة إلى سنوات طويلة إلى الوراء، إن لم يكن من الممكن القضاء عليها تقريبـاً. فالكبر ثم الشيخوخة مرحلة صحية، وعلى الشباب الاستعداد لها، فمشكلات كبار الـسن الصحية مشكلات قابلة للمنع والتأجيل وتخفيف آثارها.
- إن إعداد الأطباء في كثير من المعاهد المتخصصة بطب الكبار، مازال محدوداً، الأمـر الذي يؤدي على فشل كبير في الاستفادة من التقدم العلمي الذي وصل إليه هذا الفرع من العلم بين ممارسي الطب في كثير من بلاد العالم.

د. الاحتياجات الترويحية:

توجد لدى كبار السن أوقات فراغ طويلة يمكننا أن نستخدمها لمصلحتهم، فنحاول إدخـال الرضا والسرور إلى أنفسهم عن طريق الإسهام في بعض ألوان النشاطات المحببة لديهم، والتي يعبرون فيها عن مشاعرهم ومواهبهم.

وإذا ما أريد للنشاط الترويحي أن يكون وافياً بالغرض، مليئاً بالمعاني بالنسبة لكبار السن المشتركين، فيجب مراعاة عدة عوامل، أهمها شخصية كبير السن ورغباته وحاجاته.

ويجب على الشخص الذي يعمل في مجال الخدمات الترويحية لكبار السن أن يلم بالجوانب المتصلة بعملية التقدم في العمر، وأن يتفهم مشكلات كبار السن واحتياجاتهم.

هـ. الاحتياجات الثقافية:

من المعروف أن كبير السن يدخر ثروة لا يستهان بها من المعلومات والخبرات يستطيع معها العطاء والبذل، إذا أتيحت له الفرصة المواتية، كما أن قدرته على التعلم تظل قوية في أغلب الأحيان، حتى أن هناك عدداً من الدول تنظم دراسات حرة على المستوى الجامعي لكبير السن.

وتقوم المكتبات العامة والمكتبات الملحقة بدور المسنين ونواديهم بمواجهة الاحتياجات التربوية، والثقافية والترويحية لهم مراعيةً مختلف الميول والمستويات الثقافية. وتعد هذه المكتبات مصدراً للمعلومات عن النواحي المختلفة المتصلة بموضوع التقدم في العمر. ويمكن لهذه المكتبات أن توفر لكبار السن السبل الميسرة للقراءة، كالكتب المطبوعة بالبنط الكبير، والعدسات المكبرة لضعاف البصر والكتب الناطقة للمكفوفين وغيرها.

ويجب العمل على أن تصل الخدمات المكتبية إلى كبار السن في الريف وإلى الذين يقيمون متباعدين في أماكن متفرقة.

و. الاحتياجات النفسية:

تتمثل الاحتياجات النفسية بالحاجة إلى إعداد كبار السن لمرحلة الكبر، وذلك عن طريق إعداد البرامج التدريبية قبل سن التقاعد، والاستفادة من إمكانياتهم وخبراتهم. وهناك حاجة إلى تقريب الفجوة بين الأجيال، الأجداد والآباء والأحفاد، وكذلك إدخال العلاقات الأسرية وحقوق كبار السن داخل الأسرة ضمن البرامج التعليمية التي تدرس في مختلف المراحل التعليمية.

ومن الضروري توعية الرأي العام بأهمية توفير مناخ نفسي مريح لكبار السن. وقد يكون من الأساليب المفيدة في ذلك محاولة إقناع المسن بتقبل العادات والتقاليد، لأن ذلك يساعده على تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي، ويجعله يحظى بتقدير الجماعة واهتمامها، كما يزيد من تبصر كبير السن بأن ما يطرأ عليه من تغيرات جسمية وعقلية هي ظاهرة عادية، وعليه أن يتقبل هذه التغيرات، لأن هذا التقبل هو أحد دعائم الصحة النفسية (قدومي، ١٩٩١).

نظريات كبر السن:

لقد طور علماء النفس الذين تخصصوا في علم كبار السن (Gerontology) مجموعة من النظريات، في محاولة لتفسير العمليات النفسية الدينامية التي ترافق عملية كبر السن، ومن أهم

هذه النظريات، والتي تلقي الضوء على الأسباب التي تقف وراء حدوث الاضطرابات النفسية في المراحل الأخيرة من العمر:

أولاً: نظرية الانسحاب (Disengagement Theory):

عرف كمنج وهنري Cumming & Henry (1961) الإنفصال بأنه "عملية حتمية تعترض العديد من العلاقات ما بين الشخص وأفراد آخرين في المجتمع، أما باقي العلاقات فيتم تغيرها من حيث النوعية". وبعبارة أخرى، أنه "ينطوي على عملية الانسحاب الاجتماعية والنفسية للفرد من المجتمع. وحسب هذه النظرية، فإن الانفصال يسفر عن خفض الانشطة الحياتية وتراجع الطاقة عند كبار السن.

وقد استخدمت العديد من الدراسات نظرية الانفصال لدعم مفهوم واستراتيجية مراجعة الحياة (Live review) عند كبار السن. وافترض بتلر ولويس (Butler & Lewis,1977) أن كبر السن يؤدي للعزلة والوقت غير المشغول (الانفصال)، وتوفر هذه العزلة للفرد الوقت الكافي لتذكر واسترجاع ذكريات الماضي (Reminiscence). وهي بذلك تهئ الفرد للانفصال النهائي القادم (الوفاة).

يعتبر كمنج وهنري Cumming & Henry (1961) من مؤسسي هذه النظرية والتي تقوم على أساس أن الانفصال أو فك الارتباط عمليةٌ تحدث في العلاقات بين الفرد وأعضاء المجتمع، وعليه فان كبير السن ينسحب تدريجياً من مزاولة الانشطة الحياتية التي اكتسبها في منتصف العمر. وهو انسحابٌ متبادلٌ بين كبير السن والمجتمع، أي أن كبير السن يبدأ في الانسحاب من العالم الاجتماعي في نفس الوقت الذي تبدأ مؤسسات المجتمع فيه بتحرير كبير السن من القيود والالتزامات الوظيفية. وقد واجهت هذه النظرية مجموعةً من الانتقادات والاعتراضات رغم أهميتها وتداولها، وقد عدلت كمنج (Cumming, 1963) في بعض تفاصيل نظريتها وأشارت إلى أن الرضا عن الحياة قد يرتبط إيجابياً بالانشطة لدى بعض كبار السن وبالانسحاب لدى بعضهم الآخر، فالشخص النشط الذي يوجه اهتمامه للعالم الخارجي، سوف يكون سعيداً إذا ما استمر على ذلك خلال مرحلة التراجع الوظيفي (Cumming & Henry, 1961).

ثانياً: نظرية النشاط أو الابدال (Activity or Substitution):

يعتبـــر فريــــدمان (1996) Freedman، مـــن مؤســـسي هـــذه النظريـــة (الفحل، ٢٠٠٤). وتعد هذه النظرية مناقضة لنظرية الانسحاب، فهي تفترض أن الحفاظ علـــى مستوى الفاعلية للعمر الوسيط هو السبيل الأفضل لتغلب الفرد على الخسارات الملازمة لكبـــر السن، حيث أنه وبصرف النظر عن التغيرات البيولوجية والصحية، فان كبار السن لديهم نفـــس الحاجات النفسية والاجتماعية التي كانت موجودة في مرحلة أواسط العمر، ومن ثم فهناك علاقة إيجابية بين ممارسة الانشطة والروح المعنوية لكبير السن. لذا فأنه عندما يفقد الفرد أدواراً معينة كان يؤديها أو الطاقة والقدرة على أداء انشطة معينة، فالطريق الواضح للتكيف هـــو أن يجـــد البديل، فالأفراد يجب أن يجدوا بدائل للانشطة التي فقدوها (باقادر،١٩٩٩).

وحتى يتحقق الاستبدال الناجح يجب أخذ العوامل التالية في الاعتبار:

١. توفر البدائل وإتاحتها.
٢. توفر القدرة والطاقة البدنية والعقلية لأداء الدور البديل بفعالية.
٣. رغبة كبير السن في البديل (الطعاني، ٢٠٠٤).

ثالثاً: نظرية الاستمرارية (Continuity Theory):

تؤكد هذه النظرية على أهمية الاستقرار النسبي للأدوار التي اعتاد عليها الفرد في السابق، وتفترض بان كبير السن يحاول ما أمكنه التكيف مع وضعه الجديد، من خلال إعطاء وقت أكبر للأدوار التي كان يزاولها قبل دخوله هذه المرحلة العمرية، وما تقتضيه من تقاعد، عوضاً عـــن مزاولة أدوار جديدة. وتستند هذه الفرضية على النتائج التي تشير إلى أن كبار السن يحاولون أن يتمسكوا بأنماط حياتهم التي اعتادوا عليها، وأن كثيراً منهم يحاولون أن يجعلوا حيـــاتهم خـــلال مرحلة العمر المتقدم، مشابهة لحياتهم في مرحلة وسط العمر (باقادر، ١٩٩٩).

رابعاً: النظرية التبادلية (Exchange Theory):

وتركز هذه النظرية على فروض أهمها:

١. إن الأفراد أو الجماعات في تفاعلهم مع الأفراد أو الجماعات الأخرى، يحاولون أن يحققوا أكبر قدرٍ من المنفعة بأقل تكلفة ممكنة.

٢. إن الفرد يستمر في المحافظة على تفاعله مع الآخرين إذا كان يحقق من خلال التفاعل منفعة تفوق ما يتكلفه.

٣. إن الفرد عندما يكون معتمداً على آخر يكون الفرد الآخر هو المتمتع بالقوة.

وترى هذه النظرية أنه خلال التفاعل الاجتماعي بين الأفراد أو الجماعات، فإن المشارك في هذا التعامل ومن هو في أمس الحاجة للنفع المتمخض عن هذا التفاعل يفقد من رصيده من القوة، بينما يزيد رصيد الطرف الآخر منها، وترى هذه النظرية أن التبادل الاجتماعي لا يقتصر على الجانب الاقتصادي، وانما يطال الجوانب النفسية والاجتماعية، والحياة من هذا المنظور ما هي إلا سلسلة من التبادل التي تزيد ان تنقص من مخزون الأفراد أو الجماعات من القوة (الطعاني، ٢٠٠٤).

خامساً: مفهوم التكامل مقابل اليأس حسب نظرية النمو النفسي والاجتماعي لأريكسون:

تمثل نظرية النمو النفسي والاجتماعي لأريكسون النظرية الأوسع شمولاً وتفسيراً لكيفية حدوث الاضطراب النفسي لدى كبار السن، فقد اعتبر أريكسون مرحلة كبر السن مرحلة نمائية مستقلة تخضع فيها الهوية الشخصية لأزمة ولصراع ما بين التكامل واليأس، ويعيش الفرد في هذه المرحلة أزمة كبر السن والإحساس بان شخصيته تتحدد من خلال ما فعله في رحلة حياته، فإذا كانت انجازاته تبعث على السعادة والإحساس بالكفاية الذاتية، فأنه سوف يتجاوز هذه المرحلة بنجاح وهو يشعر بالتكامل والرضا المستمدين من الخبرة الممتلئة بمعاني الحياة ويطور ما أسماه أريكسون "الحكمة". أما إذا كانت نظرته لماضيه تتسم بالإحباط وخيبة الأمل فسوف يشعر باليأس الناتج عن شعوره بأنه لم يتبق لديه وقت كافٍ للبدء من جديد مع استحالة الرجوع للخلف وصعوبة سلوك طريق آخر، فيغرق باليأس الذي يكون بعضه خفياً غير منظور (Erikson, 1994).

الاكتئاب Depression:

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية، والعقلية الشائعة جداً، والتي تؤثر على ما يقارب نصف كبار السن الذين يعيشون في مؤسسات رعاية كبار السن (Nursing Homes). ويؤثر الاكتئاب بشدة على حياة الأشخاص المصابين به، ويجعلهم يشعرون في كثير من الأحيان بالحزن واليأس، كما أنه يؤثر على انماط النوم والتركيز ومستويات الطاقة. وبالإضافة إلى ذلك

فان مؤسسات رعاية كبار السن، غالباً ما تعاني من نقصٍ واضحٍ في العاملين فيها، ومن ضغط وأعباء هائلة في العمل، مما يجعل من الصعب على كبار السن المصابين بالاكتئاب الحصول على التشخيص السليم والعلاج المناسب (Meeks & Sanders,2008).

ويعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً (Craighead et al., 1984) فهو يحتل المرتبة الثانية بين الاضطرابات النفسية بعد القلق من حيث الانتشار، وهو يتجاوز حاجز العمر حيث قد يصيب الأفراد في مختلف الأعمار، وهو أيضاً لا يميز بين الجنسين على الرغم من اختلاف نسبة انتشاره بينهما، ونسبة كبيرة من أفراد المجتمع يعانون في فترة من فترات حياتهم من أعراض اكتئابية حقيقية، ومع هذا فهناك فئات معينة من الأفراد يصيبهم الاكتئاب بدرجة أعلى من غيرهم (Gambrill, 1991). والاكتئاب حالة من حالات الشعور ولون من ألوان المزاج الذي يمكن ان يصيب الأشخاص في فترات متفاوتة من أعمارهم ممكن أن يمر به أي فرد في أي مجتمع (Oltmanns and Emery,2004). حيث يعاني الكثير من الناس في الحياة المعاصرة من الاكتئاب بصورة أكبر مما كانوا يعانون في الماضي وفي المجتمعات السابقة، فهو منتشر في مختلف الطبقات الاجتماعية (Beach,1998).

أعراض الاكتئاب:-

تبدأ بعض أنواع الاكتئاب فجأة بدون سبب ظاهر، ولكن أنواعاً أخرى يمكن أن ترتبط بموقف معين من الحياة أو بالضغط النفسي. وأحياناً لا يستطيع الأفراد المكتئبون القيام بأبسط الانشطة الحياتية – مثل الخروج من السرير وارتداء الملابس، كما يصيب الاكتئاب آخرون، ولكن يتصرفون ويفكرون كالمعتاد. ويعاني بعض الأفراد من الاكتئاب المزدوج (ذو القطبين) والذي تدور به أمزجتهم بين حالتين مفرطتين من أعماق اليأس إلى الحديث أو الانشطة الجامحة أو الأفكار المضخمة حول كفاءتهم. وعندما تدوم حالة المزاج المكتئب، لأكثر من أسبوعين قد تكون الحالة اكتئاباً إكلينيكاً. وهو مشكلة صحية خطيرة تؤثر على الفرد وعلى مشاعره بأكملها، وممكن ان تغير سلوكه، وصحته الجسدية ومظهره العام، وأدائه الأكاديمي، ونشاطه الاجتماعي وتؤثر على حياته وعلى قدرته على التعامل مع القرارات والضغوطات اليومية كما أن معاناته تستمر إلى سنوات العمر اللاحقة إذا لم يتم علاجه مبكراً (Thompson,2004).

ويواجه الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب وقتا عصيباً للتفكير بوضوح أو تمييز الأعراض التي يمرون بها. وقد يحتاجون إلى مساعدة، وتتراوح درجة الاكتئاب من النوع الطفيف إلى

النوع العميق الذي يحتاج إلى عيادة نفسية ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل الاكتئاب بأنه: حالة مزاجية مكدرة تعبر عن فقدان الاهتمام والثقة في معظم الأحوال، ويشعر فيه المريض بالذنب وصعوبة التركيز وفقدان الشهية للطعام وتغير الوزن وتــراوده أفكــار حــول الموت والانتحار (American Psychiatric Association, 2000).

تعريف الاكتئاب:-

يعرف الاكتئاب بأنه: "حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيــرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة، والانطواء، والأرق، وتغيــرات جــسمية كتغيــر وزن الجــسم، والخمول (بطء الاستجابة)" (Beck, 1976, Beck, et al., 1979).

ويرى بيك وآخرون (Beck, et al., (1979 أن الأفكار السلبية تنبثق مــن التــشويهات المعرفية التي ترتبط بالمزاج الاكتئابي، وتقود إلى سلوكات مضطربة، والتي تساعد على بقــاء المزاج الاكتئابي. وهذا التشويه للخبرات يؤدي إلى العجز وعدم المنطقيــة، فنمــوذج التفكيــر المعرفي المنطقي، يفسر الأحداث والمعلومات بما يتناسب مع طبيعة الموقف، بينما يتأثر التفكير بالمخطط المعرفي السلبي بنمط الفرد الاكتئابي، الذي يكون قد تعلمه في حياته الباكرة، والــذي ظل الفرد يعد هذا النمط من التفكير وكأنه مبادئ وافتراضات يعيشها في حياته، ومــن أمثلــة المخطط المعرفي السلبي، الافتراضات المضطربة، والتي لا تمت للواقع بصلة، كقــول الفــرد "يجب أن أنجح في كل الأشياء التي أقوم بها".

ويواجه كبار السن العديد من الاضطرابات الإنفعالية، بما فيها الشعور بالفقدان والخسارة والمذلة والعجز والاتكالية والاكتئاب، والقلق بشأن العلاج والرعاية الــصحية. وقــد أشــارت الدراسات المتعلقة بكبار السن إلى أن انخراط كبار السن في أنشطة تجعلهم يشعرون باســتمرار دورهم في الحياة قد يحسن صحتهم، ونوعية الحياة عن طريق تخفيف حدوث الاكتئاب والقلــق والزيارات الطبية، وغيرها من المؤشرات ذات الصلة بالصحة النفسية والجسمية. بالإضافة إلى تحقيق المكاسب النفسية والشعور بالكرامة والتقدير الذاتي (Slaughter,2004).

تطور الاكتئاب:-

يوضح بيك Beck أن تطور الاكتئاب لدى الفرد يتم نتيجة تعرضه للخبرات السلبية والتي تجعله حساساً بدرجة زائدة، ومن هذه الخبرات فقدان أحد الوالدين، أو الرفض الدائم للفرد مــن

قبل المحيطين. ومن شأن هذه الخبرات السلبية المبكرة أن تؤهل الفرد للاستجابة المفرطة كلما واجه ظروفاً شبيهة في حياته اللاحقة إذ تجعله ميالاً إلى الأحكام المطلقة المتطرفة في مثل هذه الخبرات، فيرى أن أي خسارة تلحق به من المستحيل تعويضها، وأن أي فرد لا يعطيه الاهتمام الكافي فكأنما يرفضه رفضاً تاماً وبالتالي يعتقد أنه لا يملك الإمكانات لحل مشاكله وأن المستقبل بات بلا أمل، ثم يتذكر فقط الخبرات الفاشلة في ماضيه. هذه العدسة السوداء من الاعتقادات السلبية تؤدي بالمكتئب ليدرك أنه لا يسيطر على الأحداث الهامة في حياته فيشعر بالعجز والضعف وتؤدي للاكتئاب والانتحار، والشعور بالنقص، وتدنٍ في اعتبار الذات لدى الفرد، ولوم الذات، ويشعر الفرد كذلك أنه السبب في ذلك كله (Corey, 2005).

وعلى نحو نموذجي يمر الفرد المكتئب بمشاعر وانفعالات مؤلمة. قد يقول أنه لا يستطيع احتمال الألم، أو أن لا شيء يمكن أن يجعله يشعر بشكل أفضل. من الإجراءات العلاجية لإبطال التأثير المؤلم هو الدعابة حيث يستطيع المرشد أن يوضح المظاهر أو الجوانب التهكمية لموقف ما. وأن كان باستطاعة المكتئبون حتى المرور بمشاعر خفيفة في مواقف الحياة فيمكن أن تعمل كترياق لحزنهم. مثل هذا التحول في الوضع المعرفي لا يتطابق ببساطة مع موقف النقد الذاتي (Corey, 2008).

هناك خاصية أخرى يتميز بها المكتئب وهي المبالغة في الضغوط، والمشاكل، والمطالب الخارجية، مثل هذا الفرد غالباً ما يعلن بقوة أنه يشعر بالقهر وان هناك الكثير جداً لانجازه، ولا يستطيع القيام به أبداً. وقد يركز المرشد المعرفي على حل المشكلة من خلال الطلب من المسترشد ان يضع قائمة بالأشياء التي ينبغي القيام بها، وتحديد الأولويات والتحقق من مهام تم انجازها، وتحليل مشكلة خارجية إلى وحدات يمكن معالجتها. وعندما تتم مناقشة المشاكل يصبح المسترشد في كثير من الأحوال مدركاً للطرق التي يبالغ فيها على أهمية هذه الصعوبات. ومن خلال الاكتشاف العقلاني يكون بمقدور المسترشد اكتساب منظور حول تحديد وانجاز المهام (Bellack, et al., 1990).

وتتضمن عوامل الخطر المنذرة بحدوث الاكتئاب لدى كبار السن، والتي تشمل العوامل المرتبطة بنوعية الحياة كالمرض والإعاقة الجسمية والإفراط الدوائي وإدخال الشخص وإلحاقه للإقامة في مؤسسات رعاية المسنين، والعوامل البيئية الموترة. وغالباً ما تتضمن المظاهر الإكلينيكية للاكتئاب تغيرات غير طبيعية وغير مألوفة في المزاج لدى الأفراد الأصغر سناً، بما

فيها الأعراض الجسدية، واضطرابات الطعام والقلق والعدوان وضعف القدرات المعرفية والوظيفية. ويلقي هذا الوضع على العاملين من مختلف التخصصات المهنية في مؤسسات رعاية المسنين، مسؤوليةً أساسية كأعضاء في فريق الرعاية المتعددة التخصصات، من أجل وضع إجراءات محددة لتقييم ومعالجة الاكتئاب بصورة مبكرة، ولتطوير برامج توجد شواهد على فعاليتها.

وتشمل أساليب علاج اكتئاب كبار السن، أدوية العلاج المضادة للاكتئاب، والتقييم النفسي، والبرامج التدريبية والإرشاد والعلاج النفسي، والعلاج بالإثارة الكهربائية. كما وتعتبر برامج تحسين البيئة المعيشية، وتطوير خدمات التمريض في مؤسسات رعاية المسنين، عوامل رئيسية في معالجة الاكتئاب لدى كبار السن (Bell & Goss, 2001).

وتشير بعض الدراسات (Levin, et al., 2007) إلى ضرورة بذل الكثير من الجهد في بيئة مؤسسات رعاية كبار السن، من أجل تحسين نوعية رعاية مرضى الاكتئاب لدى جميع المقيمين داخل تلك المؤسسات. واستناداً إلى روي وكان (Rowe and Kahn, 1997) فإن الاندماج والانخراط في الحياة، يعد عنصراً حاسماً للنجاح في تخطي مرحلة كبر السن.

وعلى الرغم من الانتشار الواسع للاكتئاب لدى كبار السن، فإن هناك عدداً قليلاً من كبار السن الذين يمكن رؤيتهم في أوضاعٍ صحية عقلية سويةٍ، مقارنةً مع الشباب (Redick & Taube,1977). ولقد قدمت عدة تفسيرات للعزوف عن الاستفادة من الخدمات الصحية العقلية من قبل كبار السن ويميل أصحاب العيادات لتجنب العمل مع كبار السن إما لأنهم وجدوا ان من الصعب معالجتهم، أو لأنهم تقبلوا الفكرة السلبية السائدة بأن كبار السن تكون استفادتهم من العلاج النفسي متدنية (Butler & Lewis, 1977). وكذلك أفاد عدة مسنين وبصراحةٍ، أنهم هم انفسهم غير راغبين في العلاج بسبب الشعور بالعار الاجتماعي الشديد، أو لان تلقي العلاج سوف يكون مؤشراً ودليلاً واضحاً على أنهم "فقدوا عقولهم". وفي النهاية، قد يكون تم تجاهل التعرف على الاكتئاب بين المسنين بسبب التركيز المتكرر على الشكوى الجسدية التي تقترح علاجاً عضوياً (Gallagher, et al.,1981).

ونتيجةً لهذه العوامل، فقد نادى بعض الباحثين (Gallagher et al., 1981) بضرورة إيلاء الاهتمام لموضوع علاج اكتئاب المسنين، وذلك من خلال:

أولاً: الاهتمام بالمؤشرات المبكرة لظهور الاضطراب، وعدم تجاهل حالات الاكتئاب التي يمكن معالجتها والشفاء منها.

ثانياً: مراعاة تدخل مؤشرات الشخصية المنذرة بحدوث الاكتئاب في عملية تشخيص اضطرابات الصحة النفسية والعقلية لدى المسنين.

ثالثاً: بذل جهود خاصة لتعديل الاتجاهات السلبية المرتبطة بالمخاوف أو الأفكار النمطية السائدة، التي قد تمنع كبار السن من اللجوء إلى الاستفادة من برامج العلاج النفسي والعقلي الخاصة بالاضطرابات النفسية والعقلية حال ظهورها.

وترى نظرية الاختيار Glasser (1984) أن اختيار الفرد للإصابة والشعور بالاكتئاب يعود لأسباب غير صحيحة تتمثل في:

١. السيطرة على مشاعر الغضب: يتخذ الفرد منذ الصغر من الغضب وسيلة لإشباع حاجاته الفسيولوجية الأساسية، وكلما كبر تطور استخدام مشاعر الغضب، ثم يقل هذا الاستخدام بمرور الوقت، حين يبدأ في التساؤل حول جدوى التعبير عن الغضب، وما إذا كانت هناك طرق بديلة للحصول على ما يريد، وقد يلجأ إلى الابتسام، ثم إلى التودد وعندما يجد أن كل ذلك أصبح غير ذي فائدة، فأنه يعبر عن غضبه بالحزن والعزلة والصمت، أو ما يمكن تسميته (بالمعاناة)، وبهذا يشعر أنه حقق السيطرة على من حوله، ويكون قد تعلم سلوكاً جديداً يخزنه، ويستخدمه عند الحاجة إليه، حتى عندما يكبر.

٢. الحصول على مساعدة الآخرين: يختار بعض الناس في المواقف غير السارة أن يصبحوا مكتئبين و أن يعانوا من هذا الاكتئاب لأنهم يرغبون في أن يساعدهم الآخرون ويتعاطفوا معهم. والسؤال الذي يطرح نفسه لماذا لا يطلب الشخص مساعدة الآخرين دون أن يتخذ الحزن والمعاناة وسيلةً لطلب هذه المساعدة؟ والإجابة هي أن الشخص:

أ – يخاف ان يرفض طلبه.

ب– يخاف ان يظهر بموقف ضعفٍ وهذا يتناقض مع حاجته ورغبته في القوة. ولهذا يختار الاكتئاب لأنه وسيلةٌ لا يفقد معها احترامه لذاته أو احترام الآخرين له، ولا يظهر ضعفه، وفي الوقت نفسه يحقق رغبته في الحصول على مساعدة الآخرين.

٣. فقدان الدافعية والرغبة في القيام بعمل شيء أكثر فاعلية: يختار بعض الناس الاكتئاب والمعاناة لأنهم لا يرغبون في القيام بعمل فاعلٍ ومفيد. ويبررون انخفاض دافعيتهم

ورغبتهم هذه بعدم وجود الفرصة لديهم للبدء، وأنهم سيبدؤون عندما تتاح الفرصة، أن هذا التسويغ يقدمونه لأنفسهم، وهو بالطبع زائف.

٤. اكتساب قدرة فاعلة في السيطرة على الذات: إن بعض الناس يجدون في الاكتئاب والحزن والعزلة وسيلةً للسيطرة على أنفسهم وإعادة شتات الذات، حتى لا يظهروا بمظهرٍ غير مرغوب فيه أو يوقعهم تحت طائلة العقاب أو الرفض. ويقول جلاسر بان بعض المرضى النفسيين، يعود سبب مرضهم إلى أنهم لم يستخدموا السلوكيات الإنفعالية المؤلمة للسيطرة على أنفسهم، فهذه السلوكيات تعطي الفرد القدرة على التحكم في ذاته وتشكل حماية له من المرض النفسي طالما كانت مؤقتة أو في الحدود الزمنية المعقولة، أما إذا تجاوزت هذه الحدود، فأنها تصبح مدمرةً للذات (Sharf,1996).

النظريات الأساسية المفسرة للاكتئاب:

١- تفسير الاكتئاب من وجهة النظر المعرفية:

يرى بيك ان الاكتئاب يحدث ويستمر بسبب أسلوب الفرد في التفكير، فالشخص المكتئب متشائم يعاني من تحيز إدراكي نحو الأبعاد السلبية في الخبرات، ويخطئ في تفسير الأمور، ويشوه المعلومات ويدرك الأشياء بطريقة خاطئة، الأمر الذي يترتب عليه تفكير خاطئ وغير وظيفي. كذلك فان التفكير الاكتئابي هو نتاج خلل في البنية المعرفية الأساسية، وهذا الخلل يعبر عن ذاته في التعامل مع الأحداث المختلفة مثل: الفشل، أو فقدان شخص عزيز، أو الرفض. ويرى المكتئب ان المصاعب الحالية التي يعانيها لن تكون لها نهاية، واضعاً الفشل مسبقاً نصب عينيه. ويقترح بيك Beck (1967) فكرة وجود الثالوث المعرفي، وهو مصطلح يشير إلى وجهة النظر السلبية التي يحملها الفرد المكتئب عن ذاته، وعالمه، ومستقبله، فهو يرى نفسه شخصاً محروماً مريضاً ناقصاً بدون قيمة، وحيداً غير كفء، وغير ناجح، ومتردداً، ويائساً، ومتعباً، ولا مبالياً، ويعزو خبراته غير السارة في أخطاء جسمية وأخلاقية ونفسية في ذاته، وينظر لعالمه على أنه يضع عقبات في طريق وصوله لأهدافه، وان هذا العالم يحمله ما لا طاقة له بحمله، ويتطلب أدلة ومعطيات صعبة، ويضع معوقات تحول دون وصول لأهدافه، وينظر نحو مستقبله نظرة سلبية كئيبة.

٢- تفسير الاكتئاب من وجهة النظر السلوكية:

يرى أصحاب النظرية السلوكية ان الاكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك آخر، ويمكن تفسيره على أساس من نظريات الإشراط الكلاسيكي أو الإجرائي أو التعلم الاجتماعي. وفي الإشراط الكلاسيكي، فأنه لما كان من شأن مثيرات معينة مشروطة أن تولد استجابات انفعالية مشروطة، فان بعض الأفراد يتبنون استجابات اكتئابية في مواجهة مثيرات معينة.

وأشار أصحاب النظرية السوكية إلى أن الأفراد المكتئبين يظهرون سلبية واضحة في مواجهة المواقف المنفرة ويندمجون بشكل بسيط مع المواقف المعززة، وإذا ما أراد الفرد أن يتكيف مع التغيرات والخسارة في الحياة فيجب أن تكون لديه القدرة على مقاومة تكرار مثل هذه السلوكات. وبالمقابل تكون لديه القدرة على تعلم أنماط سلوكية جديدة إيجابية قابلة للتعزيز. ومثل هذه المهارات يتم تعلمها في الطفولة من خلال الاستكشاف. ولسوء الحظ، فإن الأفراد المكتئبين يكونون غير قادرين على الوصول إلى هذه القناعة.

وقد اقترح ريمي (1979) Rimmy نموذجاً للاكتئاب على أساس عيوب ضبط الذات، وحدد في نموذجه النواقص الخاصة بضبط الذات في ثلاثة جوانب هي مراقبة الذات، وتقييم الذات، وتعزيز الذات.

وبالنسبة لمراقبة الذات، فإن الأفراد المكتئبين يكونون منتبهين بشكل انتقائي للأحداث البيئية السالبة، ومنتبهين بشكل انتقائي إلى النتائج المباشرة الفورية أكثر من النتائج المؤجلة، وبالنسبة لتقييم الذات فإن الأفراد المكتئبين يخفقون في استنتاج الأسباب، ويضعون معايير قاسية في تقييم أنفسهم.

وبالنسبة للتعزيز الذاتي، فإن الأفراد المكتئبين تكون لديهم معدلات منخفضة من سلوكات تعزيز الذات، ومعدلات عالية من سلوك عقاب الذات.

ويرى بافلوف أن الاكتئاب هو نتيجة لتكرار الصدمات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في طفولته، والتي تخلق مزاجاً مميزاً يؤثر على تجارب الفرد في كبره. أما ليونسون (Lowinsohn) فينطلق في تفسيره للاكتئاب من وجهة نظر سلوكية، إذ يعتقد أن انخفاض معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد هو العامل المسؤول عن ظهور الاكتئاب لديه، ويؤكد على وجود فروق ذات دلالة بين الأفراد المكتئبين والعاديين من حيث مستوى النشاط أو السلوك

الممارس، وأن انخفاض مستوى النشاط أو السلوك يخفض من معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد، كما أن الأشخاص المكتئبين يمارسون نصف ما يمارسه العاديون من السلوك اللفظي تجاه الآخرين، وإن استجابتهم للسلوكيات الموجهة نحوهم من الآخرين بشكل إيجابي بنسبة أقل بكثير من العاديين (Clarizio, 1989).

التكيف النفسي والاجتماعي:

إن للإنسان مجموعة من الحاجات البيولوجية والاجتماعية عليه أن يشبعها، فمثلاً عندما يجوع تراه يحاول الحصول على الطعام، والوحدة تدفعه للبحث عن جماعة ينضم إليها بهدف التحدث والتعاون مع أفرادها. وباعتباره عضواً في جماعة ما، فهو يتأثر بتصرفات الجماعة ومطالبها، فإذا قام بعمل لا ترضاه هذه الجماعة، فأنه يشعر ان الصلة بينه وبينها قد اضطربت، فيضايقه ذلك، ويعمل هذا الإنسان على إعادة العلاقة إلى توازنها، فالسعي وراء الطعام يلبي حاجة فسيولوجية، واللجوء إلى التجمع يحافظ على التوازن النفسي والاجتماعي. نلاحظ ان هذا التوازن الذي يسعى إليه الإنسان عبارة عن ظاهرة لعملية التكيف. فما هو التكيف؟

لقد استعار علماء النفس هذا المفهوم من علم الحياة، وقاموا بإعادة تسميته بالتكيف (Adjustment) مؤكدين على اهتمامهم بالبقاء النفسي للفرد (Psychological Survival) (Lazarus, 1986).

يعرف ولسون (1994) Wilson التكيف النفسي بأنه العملية التي تشير إلى السلوك العام الذي يبدأ ببداية التوتر وينتهي بالوصول إلى الهدف الذي يقلل من التوتر، فالشخص المتكيف في هذه الحالة هو الذي يتعلم الطريقة والسلوك المؤدي إلى تقليل التوتر (العلي، ٢٠٠٤).

ويعرفه كوهن Cohen بأنه التغير الذي يحدث استجابةً لوضع جديد أو لإدراك جديد للوضع أو الموقف (Cohen,1994). ويرى سيمونز Simons ان التكيف يشير إلى العملية النفسية التي تتضمن التعامل مع المشكلات والتحديات ومطالب الحياة اليومية وكيفية تدبرها (Simons et all.,1994). ويرى أوتواتر Atwater ان التكيف هو التغيرات التي نقوم بإحداثها في انفسنا وبيئتنا من أجل إشباع حاجتنا وتلبية المطالب الملقاة علينا وتحقيق علاقات إيجابية مع الآخرين (At water, 1990).

ويعرفه باير (2008) Bierبأنه عملية تغيير السلوك التي يلجأ لها الفرد للتوصل إلى علاقة منسجمة مع البيئة، وهذه الاستجابة ناجمة عن التغيير، كما أنه محاولة للتوصل إلى نوع من التوازن بين الفرد (داخلياً وخارجياً) وبيئته.

ويعرف روجرز (Rogers) التكيف بأنه سعي الفرد لتحقيق النمو الذي يؤدي به إلى العمل على الإتقان أو السيطرة على نفسه وبيئته ليحقق إمكاناته ويتيح أفضل علامة تناغمية منسجمة ممكنة بين نفسه وبيئته (Lazarus,1961).

ويمكن النظر للتكيف من زاويتين:

الأولى: باعتباره عملية مستمرة تتضمن التعامل مع الضغوط والتغيرات في محيط الفرد الشخصي الاجتماعي والثانية: باعتباره حالة يسعى الفرد إلى الوصول إليها بحيث تتوفر لديه خصائص مرغوبة ومظاهر إيجابية. وعند وصول الفرد إلى ذلك يمكن وصفه بأنه حسن التكيف أو متكيف أما إذا لم يحقق التآلف والانسجام المطلوب فأنه دليل على اضطراب الصحة النفسية للفرد (جبريل، ١٩٩٦).

النظريات المفسرة للتكيف:

- اتجاه التحليل النفسي Psychoanalytic Approach:

تتكون الشخصية وفقاً لفرويد من ثلاث مكونات: الهو والانا والانا العليا، حيث تتنافس هذه العناصر باستمرار من أجل الطاقة النفسية المتاحة، ويقع الهو في المحور البدائي للشخصية، ويعمل وفق مبدأ اللذة، والانا تمثل الواقع، أما الانا العليا فأنها تمثل الجانب الأخلاقي والقيمي والمثل السامية. ويرى فرويد ان سبب الصراع يمكن أن يربط بشكل مباشر بين الدوافع البيولوجية للشخص والعوامل البيئية، وكذلك الصراع بين الانا والانا العليا والتي تمثل الصراعات الداخلية. وكثيراً ما تظهر هذه الصراعات اضطرابات في السلوك وقد تتضمن هذه الاضطرابات انماطاً غير تكيفية (Boeree, 2006).

كما رأى فرويد ان الإنسان المتكيف هو: القادر على الحب والعمل المنتج. ان تصور فرويد للطبيعة الإنسانية يترك إمكانية محددة للصحة النفسية لدى الإنسان، حيث يرى ان سلوكه مدفوع بدوافع لا شعورية، وأنه في صراع دائم بين دوافع لا يقبلها المجتمع ومطالب ونواهي يفرضها المجتمع (Schwebel et al., 1990).

- **الاتجاه الأدلري Adlerian Approach:**

عمل أدلر على النظر للتكيف النفسي بطريقة مختلفة عما أشار إليه فرويد، حيث رأى ان السلوك الإنساني له هدف معين وليس مدفوعاً تماماً بدوافع لا شعورية، وأن كل فرد يولد ولديه بعض الإحساس بالضعف، وقد يضخم هذا الشعور لديه وجود بعض أشكال النقص في القدرات الجسمية، أو الحسية، أو العقلية، لذلك يحاول التعويض عن شعوره بالنقص عن طريق التفوق والسعي لتحقيق مرتبة من الكمال. وعلى الإنسان المتكيف أن يواجه مهام الحياة الخمس Life Tasks وهي: إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين (الصداقة)، القيام بمساهمة (العمل)، تحقيق الألفة (الحب والعلاقات الأسرية)، العيش مع الذات (التقبل الذاتي)، وتطوير البعد الروحي وعلاقتنا بخالق الكون (Corey,1996; Sharf,2000).

- **الاتجاه المتمركز حول الشخص Person- Centered Approach:**

أما روجرز فيرى أن للإنسان قدرة على إدراك ذاته، وأن كل فرد يعيش في عالم خاص من خبراته، حيث يستجيب الفرد في المواقف المختلفة في ضوء إدراكه الخاص لذاته ولعالمه، كما يرى أن الطريق لتحقيق الذات يمر عبر مفهوم الذات لدى الكائن الإنساني، فإذا كان مفهوم الذات إيجابياً كان الفرد متكيفاً. كما أن البشر بطبيعتهم متكيفون متعاونون عقلانيون، يتحركون للأمام ويمكن الوثوق بهم، ولديهم إمكانية ان يتجاوزوا عن وعي تلك العوامل التي تسهم في عدم تكيفهم، ويميلون إلى التكيف والذي يراه أنه الميل إلى تحقيق الذات Self–Actualization (Belkin and Nass,1984; Corey,1996; Sharf, 2000).

- **الاتجاه السلوكي Behavior Approach:**

بينما اتجهت المدرسة السلوكية إلى النظر للتكيف من زاوية قدرة الفرد على اكتساب العادات الفعالة والجيدة التي تساعد على التعامل مع الآخرين وعلى التصدي للمواقف التي تواجهه وتتطلب منه ان يتخذ القرارات المناسبة تجاهها، والناس يقومون بسلوك معين؛ لأنهم تعلموا عبر خبرات سابقة، ان يربطوا بين هذا السلوك والمكافآت. كذلك يتوقف الناس عن المشاركة في سلوك معين، لعدم حصولهم على مكافأة أو لمعاقبتهم. وعلى ذلك فإن كل انواع السلوك متعلمة، والذين لديهم تكيف حسن هم أولئك الذين تعلموا سلوكات تساعدهم على التعامل بنجاح مع مطالب الحياة (Corey,1996; Calhoum and Acccella, 1990).

- **الاتجاه المعرفي Cognitive Approach:**

يرى المعرفيون ان التكيف يعتمد على الطريقة التي يفسر بها الأفراد ويقيمون الحوادث في البيئة، كما يرون ان زيادة الإحساس بالفعالية الذاتية يسهم في تعزيز تكيفنا النفسي والجسدي. فالفرد المتكيف يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من المحافظة على الأمل، كما يستخدم مهارات مناسبة في حل المشكلات، ولديه استراتيجيات معرفية مناسبة في مواجهة الضغوط النفسية. أما الفرد الذي لا يتمتع بالتكيف فهو الذي يفقد الأمل ويشعر بالعجز ولا يتمكن من الاستجابة بفعالية لمطالب البيئة، ويعجز عن استخدام استراتيجية معرفية مناسبة في مواجهة الضغط النفسي (Calhaun and Acocella, 1990; Corey, 1996; Schwebel et al., 1990).

- **الاتجاه الواقعي Reality Approach:**

في حين يعتقد جلاسر ان الإنسان المتكيف هو: الشخص الذي يركز على السلوك بدلاً من المشاعر، ويركز على الحاضر بدلاً من المستقبل، ويتحمل المسؤولية وقادر على إشباع حاجاته بنفسه وبأسلوب لا يمكنه حرمان الآخرين من القدرة على إشباع حاجاتهم أيضاً، كما أنه قادر على الوصول إلى الاستقلالية الذاتية. وكذلك فان المتكيف لديه القدرة على الاختيار ويندمج مع الآخرين كوالديه ومدرسيه، ويواجه الواقع بكل ما فيه، كما يصدر أحكاماً مناسبة حول ما يحدث معه (Corey, 1996; Sharf, 2000).

- **الاتجاه الوجودي Existential Approach:**

أما الوجوديون فيرون ان الإنسان المتكيف هو الشخص الحر والمسؤول والذي لديه قدرة على التبصر، ويستطيع الإجابة عن أسئلة معينة أثناء بحثه عن المعنى وهي: (من أنا؟ ماذا أريد من الحياة؟ كيف أستطيع أن أعطي حياتي هدفاً؟ من أين تأتي مصادر المعنى لحياتي؟) كما ان الإنسان المتكيف يعطي للحياة معنى، ويكون مسؤولاً حتى عن وجوده (Corey, 1996; Sharf, 2000).

من خلال عرض نظريات التكيف النفسي يلاحظ تركيز كل نظرية على جانب معين، وربط ذلك بصحة الفرد النفسية، إلا أن جميع هذه النظريات تتفق على ضرورة ان ينعكس التكيف إيجابياً على حياة الفرد شخصياً واجتماعياً.

التشويهات المعرفية وعلاقتها بالاكتئاب والتكيف:

ويرى بيرنز (1980) Burns أن الاكتئاب هو المشكلة الأولى في العالم، فالاكتئاب يمكن أن يؤدي في النهاية إلى الانتحار، والاكتئاب اضطراب بإمكان الفرد أن يواجهه من خلال تعلم بعض الوسائل التي تساعد على ذلك.

ويعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، وبشكل خاص تظهر أعراض الاكتئاب في مرحلة المراهقة، وبخاصة الإناث، ويتراوح الاكتئاب من الاكتئاب البسيط إلى الاكتئاب الشديد، وهو اضطراب يشمل المزاج والأفكار، وبالتالي يؤثر على طريقة الفرد المعتادة في التفكير، أو مشاعره تجاه نفسه والآخرين (Janet, 1994).
وفي بداية التسعينات قدم بيك (Beck) نظريتين في الاكتئاب:

النظرية الأولى: تتمثل في بحثه عن متغيرات الشخصية والاكتئاب، حيث يشير بيك إلى ان اختلال العلاقات الاجتماعية يعد أساساً للإصابة بالاكتئاب، وسمى النمط الأول من الشخصية، النمط المنتحي اجتماعياً (Sociotropic)، أي الذي يتحرك استجابةً للخبرات الاجتماعية داخل الجماعة، ولاحظ ان هذا النمط من الأشخاص يقدرون الحياة الاجتماعية ويصبحون مكتئبين، إذا فسخت علاقاتهم الاجتماعية وشعروا بالحرمان الاجتماعي. أما النمط الثاني للشخصية فهو ما سماه النمط المستقل عن الآخرين (Autonomous)، حيث يعني أن أصحاب هذا النمط يستطيع أصحابه الاستقلال عن الآخرين، وقد يصابون بالاكتئاب، عندما لا يستطيعون تحقيق الانجاز والاستقلال عن الآخرين، وكذلك يصبحون عرضة للاكتئاب، إذا تم إجبارهم على الطاعة والامتثال، حيث يمثل هذان النمطان من الشخصية نهايتين لبعد واحد على مقياس سماه بيك الانتحاء الاجتماعي – الاستقلال عن الجماعة (Socitropy- Autonomy).

النظرية الثانية: تتمثل في إعادة صياغة بيك (Beck) لنموذجه عن الاكتئاب، حيث حاول ان يحدد في هذه النظرية، فيما إذا كانت أفكار الاكتئابيين عقلانية أو غير عقلانية، مع أنه أكد على سلبية ولا عقلانية أفكارهم، حيث حدد ان تفكير الاكتئابيين يتمثل في التأكيد على الجوانب السلبية، والعزو الذاتي السلبي للمشكلات التي يواجهونها، والحط من القيمة الذاتية والتعميم الزائد للأخطاء.

ويرى بيك وآخرون (Beck, et al., (1979 أن الأفكار السلبية تنبثق مـن التـشويهات المعرفية التي ترتبط بالمزاج الاكتئابي، وتقود إلى سلوكات مضطربة، والتي تساعد على بقـاء المزاج الاكتئابي، وهذا التشويه للخبرات يؤدي إلى العجز وعدم المنطقية، وذلك بـسبب تحكـم مخطط الخلل الوظيفي في نمط تفكير الفرد، فنموذج التفكير المعرفي المنطقي، يفسر الأحـداث والمعلومات بما يتناسب مع طبيعة الموقف، بينما يتأثر التفكير بالمخطط المعرفي السلبي بـنمط الفرد الاكتئابي، الذي يكون قد تعلمه في حياته الباكرة، والذي ظل الفرد يعد هـذا الـنمط مـن التفكير وكأنه مبادئ وافتراضات يعيشها في حياته، ومن أمثلـة المخطـط المعرفـي الـسلبي، الافتراضات المضطربة، والتي لا تمت إلى الواقع بصلة، كقول الفرد "يجب أن انجح فـي كـل الأشياء التي أقوم بها".

وتنظر النظرية المعرفية، والمعرفية السلوكية إلى الاكتئاب بوصفه اضطراباً في التفكير، وإن الأعراض الاكتئابية تتوالى طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السلبية، حيث ينظر بيك وآخرون (Beck, et al.,1979) إلى الاكتئاب على أنه تنشيط لثلاثة أنماط معرفيـة رئيـسية يـسميها الثالوث المعرفي، وهي الأفكار السلبية عن الذات، وعن العالم، وعن المستقبل، حيث وصف بيك مظاهر الاكتئاب في أربع مجموعات هي:

١. **المظاهر الإنفعالية:** تتضمن المزاج المكتئب، والتعاسة، واليأس، الحزن.
٢. **المظاهر المعرفية:** تتضمن التقييم المخفض للذات، والعزو الخاطئ، وعدم القـدرة علـى اتخاذ القرارات.
٣. **المظاهر الدافعية:** تتضمن السلبية، والانسحاب، ومحاولات الانتحار.
٤. **المظاهر الجسمية:** تتضمن فقدان الشهية، واضطرابات النوم، وانخفاض مستوى النشاط، والطاقة.

إن الفرد المكتئب كما يرى بيك (1974) Beckيكون منعزلاً، ويفتقر للمساندة الوجدانية، والدعم الاجتماعي، لذلك فان مساعدة الفرد على التكيف تكون من خلال الحياة مـع الجماعـة، وإقامة علاقات اجتماعية وأسرية ناجحة، كذلك فان تدريب الفرد على المهـارات الاجتماعيـة يساعد في تحسين مستوى التكيف لديه، كذلك تعديل طريقة التفكير والتقليـل مـن اسـتخدامه للتشويهات المعرفية يساعد على تكيفه، ويظهر قدرة الجسم على التكيف، ويسمى ذلـك طاقـة التكيف (Adaptation energy).

ويؤكد بيرنز (1980) Burns على أن الأحداث التي يعيشها الفرد ليست هي المسببة لعدم التكيف، بل أفكار الفرد الساخنة (Hot thoughts)، هي التي تسبب عدم التكيف، فالأساس أن الفرد هو المسؤول عن مستوى تكيفه مع الآخرين، وهذا يساعده على زيادة مستوى الضبط لذاته، وأن سوء التكيف أو التكيف السلبي، لن يساعده في مواجهة المواقف، بل سيؤدي إلى انسحابه منها، وإظهار مستوى من العدوانية نحو الذات والآخرين، لذلك يرى بيرنز Burns، أن أفكار الفرد هي التي تغذي مشاعر عدم التكيف مع الآخرين، وهي أفكار مشوهة، لذلك سوف يتحسن مستوى تكيفه عندما يبدأ بتعديل الأفكارالمشوهة، ويركز كذلك على أن التكيف الإيجابي يساعد الفرد على المحافظة على مستوى عالٍ من تقدير الذات، حتى لو تعرض لانتقادات الآخرين، فسوء التكيف دائماً يؤدي إلى نتائج سلبية بسبب التشويهات المعرفية التي يستخدمها. فالفرد يشعر بالإحباط وعدم التكيف عندما لا تأتي الأمور كما توقع، فسوء التكيف لديه لا يكون بسبب توقعاته، بل بسبب أن توقعاته غير منطقية، فالمعادلة الصحيحة هي: التوقعات المنطقية تساوي تكيف جيد.

فالاكتئاب (1983) Miller & Seligmanيحول الفرد إلى ضحية نمط واحد من الانفعال أو الأفعال السلوكية، التي يغلب عليها عدم التكيف والسلبية، ولوم الذات، فالفرد المكتئب يتصرف في المواقف الاجتماعية بطريقة تعكس تقدير منخفض للذات، وضعف في مستوى التكيف. وقد أيدت البحوث أن هناك جوانب كثيرة من الاكتئاب تجعل علاقة المكتئب بالعالم الاجتماعي علاقة تكيفية سلبية، وذلك لان المكتئبين يفتقرون إلى الإيجابية في المواقف الاجتماعية، ويجدون صعوبة في بدء العلاقات مع الآخرين، ولا يحسنون التعبير عن انفسهم، كل ذلك بسبب اضطراب السلوك الاجتماعي لدى الفرد المكتئب.

العلاج المعرفي:Cognitive Therapy

ويعرف بيك العلاج المعرفي على أنه مجموعة من العمليات التي تركز على أفكار المسترشد وعملياته المعرفية سواء أكانت لفظية أم تصورية، وعلى افتراضاته ومسلماته واتجاهاته التي تحدد تلك العمليات (Beck,1976).

ويعتبر العلاج المعرفي من أحدث المدارس العلاجية، ويعتبر اتجاه بيك اتجاهاً استدلالياً بنائياً في العلاج المعرفي السلوكي، حيث شهدت الثمانينات من القرن الماضي تطبيقات جديدة

وموسعة على عدد كبير من الاضطرابات بدءاً بالعمل مع كبار السن وانتهاءً بالعمل مع الأطفال (Chirstensen, et al., 1999).

ويعتبر علاج بيك Beck المعرفي علاجاً قصير المدى/ ذا وقتٍ محددٍ، نشطاً، عملياً، منظماً، مباشراً، تعاونياً/ مشتركاً، تعليمياً/ توجيهياً، فعالاً، يتخذ الجانب البنائي، شاملاً، وسهل التطبيق، وهو ينتفع بشكل واسع بالأساليب المعرفية والسلوكية لإحداث تغيرات في المزاج، والتفكير، والأحداث. وتلعب الوقاية من الانتكاس دوراً أساسياً في المعالجة، حيث ثبت أن العلاج المعرفي فعال في الحد من الأعراض ومعدلات الانتكاس، مع أو بدون الدواء، في طائفة واسعة من الاضطرابات النفسية (Beck, 2005).

لقد تم اختيار العلاج المعرفي في المقام الأول كعلاج للاكتئاب، وقد نجح في التطبيق على الحالات التالية: الاكتئاب، والقلق العام، والمخاوف المرضية، الاكتئاب الزواجي، اضطرابات الطفولة، الاضطرابات النفس جسمية، اضطرابات الأكل، الغضب، مشاكل الآلام المزمنة، والعديد من المشاكل الشائعة (Beck, 1987; Beck, 1995; Beack and Weishaar, 2000; Beck, 2008; Beck and Knapp,2008).

ويعرض نموذج بيك المعرفي ثلاث مجموعات من المفاهيم المعرفية المرتبطة بشرح ظواهر الاكتئاب النفسية وهي: الثالوث المعرفي والتخطيط المعرفي والانحرافات والتشويهات المعرفية. وإذا ما أخذت هذه المفاهيم معاً فأنها ستعمل على شرح الأخطاء المعرفية والمفاهيمية التي يعبر بها الأشخاص المكتئبون عن حالتهم وعن مواقفهم، وعن مستقبلهم، وكيفية وضع الحقائق بصورة تتناسب مع استنتاجاتهم السلبية، وتعميماتهم المفرطة وانتقائيتهم، ومن ثم مقاومتهم للمضامين الإيجابية لظروفهم. علاوةً على ذلك تعكس هذه المفاهيم الخاطئة ملامح هؤلاء المكتئبين. ويرى بيك (Beck,1979) أن بعض العمليات المعرفية تبدو غير نمطية في تسلسلها لدى المكتبئين، وقد تمثل صفة مستقرة من شخصياتهم.

ويهدف العلاج المعرفي إلى فهم المعاني الشخصية لدى الفرد وتعديل تفسيراته وأنماطه فيما يتوافق مع أهدافه بالتغيير. ولقد أدت دراسات حديثة إلى تقدم في فهمنا للاعتماد التبادلي ما بين الثقافة والعقل، وكيفية تأثير الثقافة على البنى المعرفية، والانظمة، والديناميكيات المعرفية وصنع المعاني وتؤكد هذه الدراسات على ان السياقات الثقافية، والاجتماعية، أو السياقات المجتمعية أنما تعطي الأطر التي من خلالها يمكن للأنظمة النفسية أن تتطور، والانظمة النفسية

للفرد تطور الطرق والتي تكون صدى للثقافة وتساعد على تشكيل الفرد ليكون فرداً جيداً في مجموعة أو سياق اجتماعي ما. أن فهم العمليات النفسية والتي تتوسطها الثقافة يتطلب بالضرورة تحليلاً للمعاني (المترادفات، المصطلحات، القيم، المعتقدات، الأهداف، البنى المعرفية) والممارسات (الانماط المعيشية) والتي ضمنها يمكن لأي حدث أو فعل أن يصبح ذا معنى. أننا نركز على أسلوب سياقي لفهم التنوع ليس في المحتوى المعرفي فحسب (مثلاً البنى المعرفية، والمعتقدات، والأهداف) وتقييمنا لها هل هي "ملتوية" أو "لا تكيفية"، بل أيضاً في الظروف، والقوانين، وديناميكيات السلطة التي تتألف منها البيئة المحيطة ومسلمات الحياة اليومية (Beck,1976).

التشويهات المعرفية Cognitive Distortion:

يشير بيرنز (1980) Burns إلى أن الاكتئاب ليس اضطراباً انفعالياً، كما يرى المعالجون النفسيون، بل يرى أن التغير في الانفعال والشعور هو نتيجة للتشويهات المعرفية التي يتبناها الفرد. فالاتجاهات التشاؤمية اللاعقلانية تلعب دوراً رئيسياً في ظهور أعراض الاضطراب الإنفعالي واستمراريته. فالتشويهات المعرفية، يرافقها دائماً نوبات اكتئابية أو انفعالات مؤلمة، لذلك فمزاج الفرد وتفكيره يختلف في حالة الانبساط عنه في حالة الإنزعاج. فالعلاقة ما بين الأحداث والطريقة التي نشعر بها، هي ليست علاقة سببية، لأن طريقة إدراكنا هي التي تغير في مزاجنا وتفكيرنا. فعندما يكون الفرد حزيناً فإن تفكيره سوف يفسر الأحداث بطريقة سلبية، وأيضاً عندما يكون مكتئباً أو قلقاً فإن تفكيره سوف يكون غير منطقي ومشوه. وتتضمن التشويهات المعرفية ما يلي:

١- **الاستنتاج العشوائي Arbitrary Inference :**

يتوصل بعض الأفراد إلى نتائج سلبية عشوائية، دون أي دليل، أو قد يكون الدليل ظرفياً، أو غامضاً، أو حتى يكون الدليل على العكس. ويصف فريمان Freeman نوعين من الاستنتاج العشوائي:

أ. **قراءة الأفكار Mind Reading:**

يفترض الفرد هنا أن الأفراد الآخرين ينظرون له نظرة دونية، ويكون مقتنعاً بذلك، ولا يكلف نفسه التأكد من ذلك، ويتضمن عمل تخمينات حول ما يفكر به الآخرون حيث يفترض الفرد أنه يعرف ما يفكر به الأفراد من حوله بدون وجود دليل كافٍ لما يجول بخاطرهم مثل: ان يقول الفرد: "أنها تعتقد بانني ضعيف"، أو

"المديرة لا تحبني، أو "ربما يعتقدون بانني غير كفؤ"، أو "أنا أعلم أنه لن يوافق"، أو "أنها تتجاهلني وتريد التخلص من علاقتنا"، أو "لابد أنه غاضب مني"، أو "أنه يعتقد أنني فاشل".

ب. الإخبار بالمستقبل (التنبؤ بالمستقبل) Fortunetelling:

في هذا التشويه المعرفي يتوقع الفرد المستقبل بطريقة سلبية (تشاؤمية) وبأن حدثاً سلبياً أو ليس جيداً سيحدث وليس هناك أي دليل واقعي لدى الفرد يؤيد هذا التوقع. كأن يقول الفرد: "ستسوء الأحوال"، أو "يوجد خطر قادم"، أو "سأرسب في الامتحان"، أو "لن أحصل على الوظيفة"، أو "أنا أعرف أنه سيكون هناك الكثير من المشاكل في هذه الإجازة"، وبذلك يكون الفرد على الأغلب حذراً جداً أثناء الإجازة. وإذا حدثت أية مشكلة مهما كانت بسيطة فقد يشعر بالقلق أو السرور أو الارتياح وذلك لأن توقعه كان صائباً. وقد يكون الشعور بالعجز أو الفشل الذي يشعر به أي فرد يعود إلى التوقع السلبي "أنني لن أكتسب الثقة بنفسي وأتمكن من الزواج فربما أعيش وحدي بقية حياتي" ومثل هذه الاعتقادات لا تؤثر على تصرفات الفرد فقط، ولكن على مشاعره كذلك (Cormier, et al.,2003).

٢- التصفية العقلية Mental Filter: أو(الفلترة السلبية) Negative Filtering أو (التجريد الانتقائي) Selective Abstraction:

يركز الفرد فقط على السلبيات ونادراً ما يلاحظ الإيجابيات والتي قد تكون أيضاً بارزة، والنظر إلى التجربة ككل على أنها سلبية بناءً على النظرة السلبية. مثلاً "باقي المعلومات لا تهم، هذه هي النقطة البارزة، يجب أن أركز على التفاصيل السلبية وأتجاهل كل المظاهر الإيجابية للموقف". أو "أنظر إلى كل هؤلاء الناس الذين لا يحبونني" (Beck and Knapp, 2008).

٣- التعميم الزائد Overgeneralization:

يقوم الفرد الذي يقوم بالمبالغة بتعميم قاعدة عامة أو استنتاج عام على أساس واحد أو أكثر من الحوادث المنعزلة ويطبقها على طيف واسع من المواقف التي ليس لها علاقة بذلك الموقف. حيث يدرك الفرد نمط سلبيات كلي على أساس حادثة منفردة مثل "لا أحسن الألعاب فإنا لا فائدة مني في الألعاب". و"المحال التجارية ليس فيها لباس يناسبني لا أدري

حتى لماذا أذهب للتسوق"، و"كل شيء أقوم به يصبح خاطئاً". أو "كل ما أقوم بـــه ينقلـــب ضدي، ويتحول إلى كتلة أخطاء". أو "لانني فشلت في تلك المهمة، فسوف أفـــشل دائمـــاً ولن انجح"، أو "هذا عادةً يحدث لي، يبدو أنني سأفشل بـــأمور كثيـــرة" (Dattilio and Freeman,2000).

٤- **التضخيم والتقليل Magnification and Minimization:**

يؤمن الفرد أن ما حدث أو سيحدث سيكون سيئاً (فظيعاً جداً وغير مطاق بحيث أنه لن يكون قادراً على تحمله. ففي هذه الطريقة في التفكير ينظـــر الفـــرد إلـــى المواقـــف، أو الأحداث، أو الظروف من العدسات المكبرة أو المصغرة، ويعطـــي المواقـــف حجمـــاً لا يتناسب مع حجمها الحقيقي ولا يرى إلا الجوانب الخاطئة أو الناقصة في ذاتـــة أو عنـــد الآخرين ويقلل المواهب والمعارف والمهارات، وهـــذا مـــا يـــسمى بـــالتفكير الكـــارثي: Catastrophic Thinking؛ والسبب في ذلك أن الفرد يعمل على تصعيد نتائج الأحداث البسيطة المتعلقة بالحاضر أو المستقبل وتحويلها إلى كوابيس، أي رؤية الشيء على أنـــه أسوأ ما يمكن أن يحدث، أو أنه فظيع وكريه، أو رهيـــب أو بغـــيض مثـــل: "أن عـــدم حصولي على الوظيفة التي أريد أمر فظيع للغاية" أو "من المصيبة أن تأتي الأمور كمـــا لا أريد" أو "إذا ذهبت إلى الحفلة ستحدث نتائج فظيعة أو من الأفضل ألا أحـــاول لأنـنـــي ربما أفشل وإذا فشلت ســـيكون أمـــراً ســـيئاً" أو "ســـيكون أمـــراً فظيعـــاً لـــو أفـــشل" (Dattilio and Freeman,2000).

٥- **الاستدلال الإنفعالي Emotional Reasoning:**

يركز الفرد هنا على انفعالاته ويسمح لها بان تسير تفسيره للواقع، فعندما يشعر الفرد ويقول لنفسه:" أشعر بالاكتئاب لذلك فإن زواجي لا يسير بشكل جيد"، أو "أشعر بأنني غير كفؤ فأنا كذلك". إن هذه المشاعر التي يحملها، ومن ثم الاستدلال بأنه غيـــر كفـــؤ، وهـــو استدلال خاطئ. والسبب في ذلك أن عملية تفكير الفرد عملية متكاملة، فالمشاعر تؤثر في طريقة التفكير، وتعكس أفكار الفرد ومعتقداته، فإذا كانت أفكاره مشوهة، فإن مشاعره لن تكون صادقة، فشعور الفرد بالذنب، واليأس، سوف ينعكس على طريقة تفكيره، وبالتـــالي فإن هذه المشاعر لن تقود إلا إلى طريقة تفكير مشوهة، ولذلك ونتيجـــة لهـــذه المـــشاعر

السلبية، فإن الفرد سوف يفكر بأنه فرد عاجز وغير كفؤ. إن مثل هذا الاستدلال يلعب دوراً في شعور الفرد بالاكتئاب (Cormier, et al.,2003).

٦- التسمية وأخطاء التسمية Labeling and Mislabeling:

في هذا التشويه المعرفي ينطلق الفرد في تفكيره بالحكم على سلوكاته أو على الآخرين من خلال الأخطاء فقط، وهو شكل متطرف من أشكال التعميم. فعندما يطلق الفرد هذه التسميات على ذاته، وينبع تفكيره وسلوكاته من خلال التسميات التي أطلقها على ذاته، فإن هذا يؤدي إلى خلق صورة سلبية عن الذات. وكذلك تكمن الخطورة إذا انطلقنا في تعاملنا مع الآخرين بناءً على التسميات التي نطلقها عليهم، وبالتالي فإن هذا سوف يؤدي إلى خلق علاقات سيئة، وغير تكيفية، ويخفض مستوى التكيف النفسي، مثل أن يقول الفرد: "أنه شخص فاسد" (Bellack, et al.,1990).

٧- الشخصانية Personalization أو جعل الأمر شخصياً Personalizing:

يلقي الفرد بنسبة كبيرة من اللوم على ذاته للأحداث السلبية بدون دليل، ويفشل أن يرى أن أحداثاً معينة هي أيضاً مسببة من قبل الآخرين. **وهناك نوعان من الشخصانية:**

الحالة الأولى: يتوصل الفرد لاستنتاجات عشوائية بأنه السبب في حدوث حوادث سلبية مثل "لو كنت مع والدي في البيت، لما أصابته الذبحة الصدرية" أو "أنا السبب في حصول الحادث، لو لم أكن موجوداً لما صار الحادث" أو "أنا السبب في كآبتها" أو "أنتهى الزواج لانني فشلت".

الحالة الثانية: يتوصل الفرد لاستنتاجات عشوائية بأنه موضوع الحدث السلبي وهو بالتالي مرتبط به مثل "لقد أوقفوا برنامج البعثات لانني أصبحت مستعداً للذهاب إلى الجامعة" أو "يعملون على إصلاح الطريق لأنني متأخر عن الاجتماع مع المدير". ومن المحتمل جداً أن يكون لمثل هذا الفرد تاريخ طويل من تحليل المعلومات الخاطئ بالنسبة لنفسه والآخرين والأحداث والمواقف الحياتية. ونتيجة هذه الاضطرابات المتكررة ينتقل الوعي الذاتي من مستوى واضح إلى مستوى كامن ويتصرف الفرد بشكل أوتوماتيكي. وللمعالجة يطلب من المسترشد تقييم درجة إيمأنه بأحكامه التي يقوم بها عقلياً وتقييم السلوك المصاحب والاستجابة الإنفعالية وتحديد الهدف من أجل التغيير. "ذلك التعليق لم يكن عشوائياً، لا بد أنه كان موجهاً لي، دائماً تطرأ المشكلات عندما أكون في عجلة من أمري" (Dattilio and Freeman,2000).

٨- التفكيـــر القطبـــي (إمـــا أبـــيض أو أســـود) (Black and White) Thinking (Polarized) أو التفكير المطلق: Absolutists Thinking أو تفكيـــر الكـــل أو لا شيء All or Nothing Thinking:

يتبنى الفرد النظر إلى الأشياء والمواقف بطريقة متطرفة، أي على أنها جيدة/سيئة، أو صح/خطأ، أو ضعيف/قوي، إما بيضاء/سوداء، ممتازة أو عديمة القيمة والفائـــدة، وإمـــا ناجحة أو فاشلة، دون القدرة على رؤية ما يتوسط الحـــدين أو القطبـــين مـــن النقـــاط أو التدرجات، ودون أن يدرك أن الشيء الواحد قد يبدو في ظاهر الأمر سيئاً، وقد يحتمل أن يكون فيه عناصر إيجابية. على سبيل المثال: "أنا غير كفؤ نهائياً" أو "الحياة قذرة" أو "إما أن أكون ناجحاً أو فاشلاً" أو "العالم إما أن يكون أبيضاً أو أسوداً"، وهذه النظـــرة تعـــرف بالنظرة المطلقة. ويعمل التفكير المطلق إما على تبسيط أو تشويه معنى أحـــداث الحيـــاة، وهذا غير منطقي، وذلك لأن الموقف أو المعنى المعين يمكـــن أن يـــتم تقييميـــه بـــشكل موضوعي وإن مثل هذا النمط من التفكير يسبب الخوف لدى الفرد، مـــن الوقـــوع فـــي الأخطاء؛ لأنه إذا أخطأ فأنه لا قيمه له، ويسمى مثل هذا التفكير كذلك "بالتفكير الثنائي" أو "الازدواجي" Dichotomous Thinking. حيث يرى الفرد الأحداث والناس بطريقة الكل أو لا شيء. "رفضت من قبل الجميع"، أو "كان الأمر مضيعة للوقت تماماً". ويشمل التفكير بطريقة مطلقة مثل الاعتقاد بأن الإنسان الذي يرتكب خطأ واحداً هو انسان سيء لا يفعل إلا الأخطاء ولا يصدر عنه غير ذلك. وتميل الانفعالات الـــسلبية إلـــى التفكيـــر الـــسلبي المطلق. وأن العمل على تعديل التشويهات المعرفية يبدأ بإزالة الانفعالات السلبية المتعلقة بذلك (Dattilio and Freeman,2000).

٩- الوجوبيات أو ما يجب ان تكون عليه الأحداث Shoulds :

يفسر الفرد الأحداث بناءً على ما يجب أن تكون عليه، بدلاً من التركيز ببساطة علـــى ماهيتها. ويشمل كل أنماط الجمل التي تتعلق بما يجب، وما هو لازم، والتي تقـــود نحـــو الاضطرابات الإنفعالية. وعادةً ما تتحول الجمل والعبارات المتضمنة "ما يجب، أو لازم، أو ينبغي" إلى توقعات مثل أن يقول الفرد لنفسه" "يجب أن أزور أسرتي فـــي كـــل مـــرة يطلبون فيها". كذلك أن هذا النمط من التفكير الوجوبي، يؤدي بالفرد إلى المشكلات مـــع الآخرين، فهو يفرض على الآخرين وجوبياته، ولكنه لا يجد عند الآخرين استجابةً لهـــا، وبالتالي تصيبه مشاعر الإحباط وسوء التكيف، مثل أن يقول الفرد: "يجـــب أن يعـــاملني

الآخرون كما أعتقد أن عليهم معاملتي" أو"يجب ان يكونوا ألطف معي" أو "يجب أن أبلي جيداً، وإذا لم أفعل، إذن فإنا فاشل" (Corey,2005).

١٠- التقليل من شأن الأحداث الإيجابية Disqualifying the Positive Events:

يدعي الفرد أن الأمور الإيجابية التي يفعلها هو أو غيره ليست ذات أهمية. "ذلك ما يفترض أن تفعله الزوجات إذن فلا يهم عندما تتعامل معي بلطف"، أو "تلك النجاحات كانت سهلة، لذلك هي لا تهم". حيث يتم تحويل الخبرات الإيجابية إلى أحداث سلبية، فالفرد لا ينكر الخبرات الإيجابية، بل يعمل على قلبها بطريقة عكسية، وهذا يؤدي إلى تعوده على إهمال الأشياء الإيجابية التي تحدث معه، وهذا الإهمال يؤدي إلى عزلته واكتئابه (Burns,1990).

١١- ضبط المغالطات Control Fallacies:

في هذا التشويه يفترض الفرد بأنه يجب ان يكون تحت الضبط التام كل الوقت، وإلا فأنه سوف يفقد السيطرة، مثل: أن يقول:"يجب أن أضبط كل الحوادث غير المتوقعة في حياتي". ومن هذه المغالطات:

١. الضبط أو التحكم (Control): مثل أن يقول الفرد: "إذا لم أكن في كامل الضبط كل الوقت، سأكون خارج الضبط كلياً" أو "يجب أن أكون قادراً على ضبط كل الأحداث في حياتي والإحساسات في جسمي" أو "حياتي بدون تحكم تام يعني أنني فاشل تماماً".
٢. التغير (Change): مثل أن يقول الفرد:"إذا تغير الموقف فإن مشاكلي ستقل".
٣. القلق (Worring).
٤. التجاهل (Ignoring): مثل أن يقول الفرد:"إذا كنت قلقاً بشكل كاف حول الموضوع فأنه سيحل".
٥. العدل (Fairness): مثل أن يقول الفرد:"يجب أن تكون الحياة عادلة، ويجب أن يكون الناس عادلين".
٦. أن أكون صائباً (Being Right): مثل أن يقول الفرد:"لا يمكن أن أكون مخطئاً، وأن تكون مخطئاً يعني أن تكون شخصاً سيئاً" أو "يجب أن أثبت أنني محق لأنه لا يمكنني التفكير بأن أكون مخطئاً".

٧. التعلق (Attachment): مثل أن يقول الفرد: "لا أستطيع العيش بـــدون...." أو "إذا كنت في علاقة فإن كل مشكلاتي ستحل" أو "إذا كان لـــدي صـــديق مقـــرب فكـــل مشكلاتي ستحل".

٨. مكافأة السماء (Heaven's Reward): مثل أن يقول الفرد:"إذا قمت بكل شيء على نحو كامل فأنني سأكافأ فيما بعد" أو "يجب أن أعمل في هذه الحياة، ربمـــا تـــصبح الأمور أفضل فيما بعد".

١٢- الكمال أو المثالية (Perfectionism):

في هذا التشويه يفترض الفرد بأن يجب أن يقوم بكل شيء على أتم وجه، وإلا سيكون منتقداً وفاشلاً أمام الآخرين، مثل أن يقول الفرد:"يجب أن أقوم بكل شيء على أكمل وجه وإلا سأكون منتقداً فاشلاً".

١٣- التقدير الخارجي لقيمة الذات Externalization of Self:

يعتقد الفرد في هذا التشويه أن قيمته تعتمد على ما يعتقده الآخرون فيه. مثل أن يقول الفرد:"قيمتي تعتمد على ما يعتقده الآخرون عني".

١٤- ماذا لو ?What if

يظل الفرد يسأل نفسه سلسلة من الأسئلة حول: "ماذا لو حدث هذا؟ ويفشل بأن يقتنـــع بأي إجابة "نعم". ولكن "ماذا لو أصبحت قلقاً؟" أو "ماذا لو أنني لا أستطيع التقاط انفاسي؟".

١٥- اللوم Blaming:

يركز الفرد على الشخص الآخر كمسبب (مصدر) لفشله، ويرفض تحمل المـــسؤولية لتغيير نفسه. كان يقول:"هي الملامة على ما أشعر به حالياً"، أو "والدي هما سبب جميـــع مشاكلي".

١٦- المقارنات الظالمة (غير العادلة) Unfair comparisons:

يفسر الفرد الأحداث بناءً على معايير غير واقعية – مثلاً – يركز بـــشكل رئـــيس علـــى الآخرين الذين يفعلون أفضل مما يفعل ويجد نفسه أقل منهم في المقارنة. "هي انجح مني"، أو "فعل الآخرون أفضل مما فعلت في الاختبار".

١٧- الندم على ما سبق Regret Orientation:

يركز هذا التشويه على فكرة أنه كان بإمكان الفرد أن يفعل أفضل مما كان في الماضـــي، بدلاً من ما يمكنه فعله بشكل أفضل الآن. "كان بإمكاني الحصول على وظيفة أفضل لـــو أنني حاولت أكثر" أو "ما كان يجب أن أقول ذلك".

١٨- عدم القدرة على اللا تأكيد Inability to Disconfirm:

يرفض الفرد أي دليل أو جدل يمكن أن يناقض أفكاره السلبية. مثلاً، عندما تكــون لــدى الفرد فكرة "أنا غير محبوب"، فأنت ترفض كشيء لا علاقة له بأي دليل على أن النـــاس يحبونك، ونتيجةً لذلك لا يمكن نقض فكرتك، "تلك ليست القضية الحقيقية، توجد مــشاكل أعمق وعوامل أخرى" (Corey,2008).

١٩- التركيز على الحكم Judgment Focus:

يرى الفرد نفسه، وغيره، والأحداث، بناءً علـــى تقييمـــات مثـــل: ســـيء- جيـــد أو رئيس/تابع – سيد/مرؤوس بدلاً من أن يصف ببساطة، وتقبل، أو يتفهم. فهو يقيس نفـــسه وغيره باستمرار بناءً على معاييره الشخصية، ويجد الفرد أنه وغيره مقصرين، فهو يركز على أحكام الغير كما هو أيضاً مع أحكامه الخاصة لذاته. أو "لو تدربت للعب التنس، فلن أكون جيداً، أو "أنظر كم هي ناجحة" أو "أنا لست ناجحاً" (Cormier et al.,2003) .

العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف بيك (1976) Beck العلاج المعرفي السلوكي بأنه مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك، وهذه المبادئ هي:

١- العوامل المعرفية (تفكير، تخيل، ذكريات...) لها علاقة بالسلوك المختل وظيفياً.

٢- تعديل هذه العوامل يكون آلية هامة لانتاج تغيرات في السلوك المختل، الذي يكون ناتجـــاً عن نماذج تفكير محرفة تم الإبقاء عليها.

ويعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم التطورات في علم النفس الحـــديث، ففـــي بدايـــة السبعينات، زاد الاهتمام بأهمية العمليات المعرفية ودورها مثل التفكير والتخيـــل فـــي تعـــديل السلوك، ومن الملاحظ أن العديد من الأساليب العلاجية أصبحت تأخذ بعين الاعتبار التأثير على العمليات المعرفية بشكل خاص، فأصبح الهدف الرئيس من العلاج المعرفي الـــسلوكي محاولـــة

تغيير الأفكار الخاطئة وتعديلها، من خلال أساليب وتدريبات وتكنيكات متعددة تركز على السلوكات اللاتكيفية باعتبارها نتاجاً للتفكير الخاطئ (Hersen & Bellack,1985).

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

إن مبادئ العلاج المعرفي السلوكي تتمركز في مساعدة الفرد على التركيز على كل من: الأدلة المتوفرة للأفكار التلقائية (الآلية) (أي ملاحظة التناقضات ما بين الأفكار مثل: "أنا غير كفؤ" بـ أحداث عن الفعالية والتحصيل في أدوار الحياة المختلفة. والتمييز ما بين الأفكار المعززة للذات والأفكار الهازمة للذات من حيث درجة مساعدتها للفرد أو درجة إيذائها له وأهداف هذا الفرد. وقد يساعد هذا التفسير الفرد على التمييز ما بين أفكاره الهازمة للذات والأفكار المعززة لذاته وذلك من خلال العلاج (Cormier, et al.,2003).

تشكل مجموعة من المبادئ أسس المعالجة المعرفية السلوكية:

١- الاعتبار غير المشروط للذات والآخرين

Unconditional Regard for Self and Others

يعتبر الاعتبار غير المشروط للذات والآخرين قاعدة أساسية للمعالجة المعرفية. وقد أشار إليس Ellis إلى ان السبب الرئيس في التشويه هو التقدير السلبي للذات والذي يؤدي إلى التقليل من النجاح، والإلحاح في إثبات الذات، والسعي من أجل القبول، وتدمير الذات للنجاح المحتمل، والمقارنة المفرطة مع الآخرين، والانفعال الشديد في العمل، والسعادة قصيرة المدى، وسوء ضبط الذات، والدفاعية، والعدوانية، والاكتئاب، وتوبيخ الذات، وعدم الثقة بالذات.

وقد كتب إليس ودرايدن (Ellis and Dryden) حول قبول الذات وان الفرد يقبل ذاته والآخرين وأنه بشر خطاء وليس عليه ان يتصرف على خلاف ما هو عليه. ويتطلب قبول الذات والاحترام غير المشروط للذات قبول الاعتراف بقوة وقدرات الفرد وحدوده. وتتوازن معرفة الفرد، ومهاراته، وميوله مع جهله وعدم كفاءته، وبراعته، وعدم توفر القدرات في كثير من المجالات. وتمتلك الطبيعة البشرية مجموعة من القدرات والحدود ومن غير الواقعي ان نتوقع من البشر التصرف بكفاءة عالية في كافة مجالات الحياة. ويعتبر قبول الذات بعيوبها وقدراتها من أهم عناصر قبول الذات كبشر (Beck and Knapp,2008, Beck, et al.,1999).

ولا يعني قبول الذات على الرغم من نقصها المـــوروث القبـــول بـــالأداء والتحـــصيل المتدني. ولا تشجع هذه النظرة عدم تقدير الأداء المتميز، وعدم الاهتمام بالكفاءة، وعدم وجـــود الدافعية للتحصيل، وتطوير المهارات. فمن الجيد العمل من أجل الأهـــداف وغـــرس وتطـــوير المهارات والحد من الجهل عن طريق الدراسة وإطلاق العنان للأبداًعية والممارسة. ولكـــن لا تمثل هذه النشاطات بأية حال مقياساً لجدارة أو قيمة الفرد. فيمثل الفرح والـــشعور بالتحـــصيل والتحفيز غايات بحد ذاتها ولكن تقييم مثل هذه النتائج على أنها ذات معنى هـــو تقيـــيم خـــاطئ ويجعل تقييم الذات مرة أخرى مشروطاً (Beck and Knapp,2008).

٢- افتراض الاستمرارية The Continuity Assumption:

يدعى الافتراض الذي ينص على ان السلوك الكامن يخضع لنفس القواعد التي يخضع لها السلوك الظاهر "بافتراض الاستمرارية". ويقدم العلماء أدلة تفيد بـــأن هنـــاك تبريـــراً لافتراض درجة معينة من التطابق. ويمكن تطبيـــق التـــدريب، والنمذجـــة، والتكـــرار، والأساليب الأخرى على الظاهرة المعرفية. ويمكن تفريع التحويلات المعرفية المعقدة إلى أجزاء بسيطة من أجل التعلم خطوة خطوة كما هو الحال في تـــشكيل الـــسلوك الظـــاهر. والمعارف تخضع للتعزيز ويمكن تقويتها وإضعافها باستراتيجيات محددة كما يمكن محوها كلياً (Dattilio and Freeman,2000).

٣- الإشراط Conditioning:

أن آثار التكيف مع الماضي على الاستجابات العاطفيـــة الحاليـــة والـــسلوك الظـــاهر المطابق لتلك الاستجابات له أهمية. حيث أن قوة العلاقة بين المثيرات الحالية التي تعمـــل كمحفزات مميزة والانفعالات الماضية كالحزن مثلاً عظيمة لدرجة أن المناسبات الحالية لا تستطيع ان تمنع الانفعال الذي حدث في الماضي. وأننا جميعاً قـــد جربنـــا الكثيـــر مـــن التجارب التي ما زالت مخزنة في الذاكرة وقد يكون بعـــضها صـــعب الوصـــول إليـــه (Dattilio and Freeman, 2000).

٤- المسؤولية عن الذات Self Responsibility:

يعتبر قبول الفرد المسؤولية عن اضطرابه النفسي علامة من علامات الصحة النفسية. وعلى الرغم من أن الظروف الاجتماعية تؤثر بالفرد، إلا أن طريقة استجابة الفرد تتغير، ومن منطلق عقلاني تكون الاستجابة ضمن تحكم الفرد. ويتم تعليم الفرد أن يميـــز بـــين

السبب والنتيجة. وعلى الرغم من اختيار بعض الأفراد المساهمة في كآبتهم عن طريـق العمل الخاطئ، إلا ان المسؤولية عن نتائج السلوك تكمن داخل الفرد. والنظـام الفكـري للفرد هو السبب للاضطراب وليس الحدث (الموقف) الذي يؤدي إليه. فإذا كان من الممكن الاستجابة لحدث (لموقف) ما بالعديد من الخيارات الإنفعالية، فمن المنطقي أن يكون الفرد الذي يتحكم بالاستجابة هو الوحيد المسؤول عن سلوكه. وعلى الرغم من تركيـز بعـض عوامل التدخل على العوامل البيئية وسلوك الآخرين وذلك لأثرها الداخلي على الفرد، إلا ان تقييم الفرد لنماذج الاستجابة يتمتع بأهمية كبرى في تحديد المـسؤولية عـن الـسلوك والانفعالات (Beck and Knapp,2008).

إن فهم كيفية تطور البنى المعرفية وكيفية معالجتها يعتبر العنصر الأساسي فـي العـلاج المعرفي، ويكون هدف المرشد فهم وتوضيح القواعد المنظمة، والمعتقدات، أو البنى المعرفيـة؛ لأنها تحدد زيادة أو انخفاض الفرد للتأثير بالموقف والأوضاع المتنوعة. ويساعدنا في هذا الفهم النظر في عيون الفرد كيف توصل إلى صراعه الحالي إضافةً إلى مساعدته في إرشـاده إلـى جهوده لإعادة بناء البنى المعرفية. أن الأسلوب التحققي أساسي في العلاج المعرفي، حيث مـن خلاله يساعد المرشد المسترشد على أن يجمع البيانات بشكل منظم، وان يقيم الأدلة، وان يخلص إلى الاستنتاجات، وأن يولد البدائل. وهذه الخطوات بالفعل أنما تشكل أجزاء من ملاحظة الذات وعملية التغير المعرفي والسلوكي الفعال والذي سيحتاج المسترشد إلى الاستمرار به بعد فتـرة إنتهـاء الجلـسات الرسـمية مـع المرشـد، وبمـا يتوافـق مـع هـذا الهـدف التحققـي (Corey,2009,2008; Cormier, et al., 2003).

حيث يشار إلى العلاج الذي يركز على البنية المعرفية بأنه وقاية من الانزلاق إلى العودة للسابق. أي أنه، حتى بعد أن يبدأ المسترشد الشعور بالتحسن من الاكتئاب، مثلاً، فأنـه يبقـى حساساً ومعرضاً لصعوبات مستقبلية بسبب البنى المعرفية اللاتكيفية، وذلك ما لم يتم التعـرف إليها وتعديلها، وذلك بحيث أنها تسحب المسترشد وتعيده إلى الأنمـاط الـسلبية فـي معالجـة المعلومات والتفاعل الاجتماعي، ويصف بيك زملاؤه أن التقييم للبنى المعرفيـة يتـألف مـن: منظور مركز على تاريخ الفرد، بهدف ربط الخبرات السابقة بالمشكلات الحاليـة مـن خـلال تشكيل وتعزيز البنى المعرفية اللاتكيفية، واستخدام استبانة البنـى المعرفيـة ليونـغ Young مصممة لتقييم البنى المعرفية عند الفرد، ومكون خبراتي ليطلق البنى المعرفية من الذاكرة طويلة الأمد إلى الذاكرة الفاعلة والنشطة ويفعلها (Corey,2008; Cormier, et al.,2003).

وقد تشمل استراتيجيات العلاج المعرفي كشف تناقض أو ازدواجية المسترشد، ووضع البدائل وتحليل المشاكل إلى أجزاء يمكن التعامل معها. كذلك ان كان بمقدور المسترشد وضع آراء بديلة لمشكلة ما فأنه يمكن التفكير بأعمال بديلة. ويمكن ان تؤدي هذه العملية إلى أن يتصرف المسترشد بطرق أكثر فعالية وليس الإحساس على نحو أفضل فقط والخاصية الرئيسية لمعظم الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب هي النقد الذاتي، وتحث مشاعر كره الفرد لنفسه مواقف ضعف، وإفتقار إلى المسؤولية. ويمكن استخدام عدد من الاستراتيجيات العلاجية. إذ يمكن ان يطلب من المسترشد تقديم أسباب سلوك النقد الذاتي المفرط. وقد يسأل المرشد المسترشد: "لو انني ارتكبت خطأ كما فعلت انت فهل ستحتقرني بقدر ما تحتقر نفسك؟ (Corey,2005, 2008).

إن على المرشد على نحو نموذجي أن يأخذ المبادرة في مساعدة المسترشد على وضع قائمة بمسؤوليته، وتحديد الأولويات، وتطوير خطة واقعية للعمل، ولأن تنفيذ تلك الخطة غالباً ما يمنعه أفكار هزيمة الذات ويكون من الجيد بالنسبة للمسترشد استخدام تقنيات تكرار معرفية في كل من تحديد وتغيير الأفكار السلبية. فإن كان باستطاعة المسترشد تعلم مقاومة عدم الثقة بالذات في جلسة المعالجة فقد يكون بمقدوره تطبيق المهارات السلوكية والمعرفية التي اكتسبها حديثاً في مواقف حقيقية (Corey, 2004).

إن طريقة بيك في العلاج المعرفي تؤكد على بناء علاقة عمل جيدة مع المسترشد كأساس لتطبيق المعالجة المعرفية، فالإرشاد الناجح يترك صفات مرغوبة للمرشد مثل الدفء، والتعاطف، والتقبل العفوي، والقدرة على غرس الثقة والألفة مع المسترشد. وتطبيق الأساليب هو الأكثر فاعلية في البيئة الإرشادية المشتركة بين المرشد والمسترشد، فالمعالج المعرفي يتفاعل باستمرار وتان مع المسترشد ويكافح لجذبه للمشاركة الفعالة خلال العلاقة الإرشادية حيث يعمل المرشد والمسترشد معاً كفريق من أجل تقييم معتقدات المسترشد، واختبارها وتجربتها من أجل معرفة ما إذا كانت دقيقة أم لا، وتعديلها حسب الواقع. هذا الأساس في البحث مثل الطرق التي تكشف النقاب عن الأخطاء في تقديم المعلومات والافتراض بان التغير السابق في تفكير وسلوك المسترشد سيخطر في باله من خلال معرفته وجهده (Beck and Knapp,2008; Beck, et al.,2006).

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

بذلت الباحثة كل جهدها في محاولة لإيجاد دراسات عربية، إنجليزية تحدثت عن فاعلية برنامج تدريبي قائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لكبار السن.

حيث تظهر المراجعة الأولية للأدب النفسي والدراسات السابقة المتعلقة بالبرامج التدريبية الخاصة بكبار السن ندرة الدراسات العربية التي تناولت التكيف النفسي والاجتماعي لكبار السن، مع التنويه إلى وجود دراسات كثيرة تناولت فعالية بـرامج مختلفـة لفئـات عمريـة أخـرى، أو دراسات قليلة فقط تناولت فئة كبار السن، مستندةً إلى نظريات الإرشاد والعـلاج المعرفـي السلوكي أو العلاج السلوكي، حيث سيتم عرض الدراسات من الأقدم فالأحدث على النحو التالي:

أولاً: الدراسات التي تناولت مشكلات كبار السن:

قد دلت دراسة جوهر (١٩٨٠) المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعـايتهم اجتماعياً بالمؤسسات. على أن نسبة ٤٢,٢% من مجتمع البحث حالتهم الصحية سيئة، وأن نسبة ٣٤,٦٢% حالتهم الصحية متوسطة وأن ٢٤,٣٥% حالتهم الصحية جيدة، وأن حوالي ٦٥,٣٩% يعانون من اضطرابات نفسية تتمثل بالقلق والاكتئاب والخوف والشك.

وأجرى العزبي (١٩٨٢) دراسة تهدف إلى تحديد العلاقة بين اتجاهـات المـسن نحـو الشيخوخة، وما يرتبط بها من تغيرات جسمية واجتماعية ورضا المسن عـن حياتـه وتقبلـه للآخرين من حوله. وتكونت عينة الدراسة من ٢٧ فرداً أحيلوا على التقاعد من عملهم، تراوحت أعمارهم بين ٥٩–٦٧ سنة، وكشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود علاقة إيجابيـة دالـة بـين اتجاهات المسن نحو الشيخوخة ومقدار الرضا عن الحياة، وتقبله لذاته وللآخرين.

وقد أظهرت دراسة راشد (١٩٨٣) سمات الشخصية لكبار السن المقيمين في دور المسنين بالإسكندرية. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من الوسواس والاكتئاب والقلق والخوف

وبين التقدم في السن، وإن من مسببات الاضطراب النفسي لدى المسنين العزلة الاجتماعية والتمارض وقلة النشاط.

وفي دراسة أجراها برنسيد (١٩٨٤) Burnside. والتي تناولت مشكلة مهمة تهدد المسنين، وهي الاكتئاب بدرجاته المختلفة والتي تظهر أعراضه على مشاكل الشعور باليأس وفقدان الأمل والرغبة في الموت، كذلك فقد تظهر أعراض فسيولوجية تتمثل في اضطرابات النوم وفقدان الشهية، بالإضافة على مشاعر العزلة والانطواء

وفي دراسة قام بها بارنيز (1989) Barnesوأشار لها الطعاني (٢٠٠٤) استخدم فيها أسلوب التدريب على حل المشكلات كواحد من الأساليب المعرفية السلوكية لتقليل الاكتئاب عند كبار السن من المقيمين في المؤسسات. شملت الدراسة واحداً وعشرين فرداً من كبار السن المكتئبين شاركوا في إحدى عشرة جلسة معالجة نفسية، استغرقت كل جلسة تسعين دقيقة. تم اختيار الأفراد على أساس درجاتهم على قائمة بيك للاكتئاب، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: نصف الأفراد مجموعة تجريبية تعرضوا لبرنامج حل المشكلات، والنصف الآخر مجموعة ضابطة لم يتعرضوا لكن شاركوا بالتشجيع على حل المشكلة، ولكن بدون تعليمهم مهارة. قيست النتائج بشكل فوري بعد المعالجة، وبعد أربعة أشهر قيست مرة ثانية بتطبيق قائمة بيك، ومقياس اكتئاب الشيخوخة، ومقياس القدرة على الضبط. دعمت نتائج الدراسة بشكل جزئي فرضية الدراسة في فعالية المعالجة النفسية باستخدام حل المشكلة في تقليل أعراض الاكتئاب، ووجد ان هناك ارتباطاً سلبياً ذا دلالة بين الاكتئاب وقدرة الأفراد على الضبط، والمعبر عنه بدلالة تناقص الاكتئاب بعد المعالجة. وقد رأى الأفراد الذين استفادوا من المعالجة بالتدريب على حل المشكلات ان تناقص الاكتئاب ليس بالضرورة نتيجة لاكتساب مهارات جديدة تم الحصول عليها من التدريب على أسلوب حل المشكلة.

أما دراسة البشير (١٩٨٩) المشكلات التي تواجه كبار السن في المجتمع الأردني. فقد هدفت إلى رصد المشكلات التي تواجه كبار السن من أجل تذليلها ليتمكنوا من العيش في ظروف صحية واجتماعية ونفسية تحافظ على قدرتهم الذهنية والجسمية وأمنهم النفسي بصورة أفضل ولفترة أطول. وقد تم استخدام عدد من طالبات كلية التمريض في الجامعة الأردنية، وذلك لاستطلاع مشكلات المسنين في الأردن، وقد بلغت العينة حوالي مائتين وسبعين فرداً، وقد دلت

نتيجة الدراسة على أن المسنين يعانون من القلق النفسي، وأنهم بحاجة للشعور بالأمن النفسي بدلاً من الشعور بأنهم عالة على المجتمع، منتظرين الموت بدلاً من العيش حياة قلقة ومكتئبة.

أما دراسة قدومي (١٩٩١) مشكلات المسنين في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة. فقد هدفت إلى تحديد المشكلات التي يعانيها المسنون، ودور كل من عامل الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة ودرجة شعورهم بهذه المشكلات، وقد تألف مجتمع الدراسة من المسنين في محافظة اربد وبعض القرى المحيطة، كما تم اختيار العينة بصورة عشوائية طبقية، بحيث اشتملت على مسنين من أحياء مختلفة من المدينة والقرية، وعددهم (١٠١٠) ذكوراً وإناثاً.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن أهم خمس مشاكل تواجه المسنين، هي الظروف السكنية غير المناسبة، وعدم الذهاب إلى الحدائق والنوادي، وعدم تقديم الاحترام الكافي للآباء من قبل الأبناء، وسرعة الانفعال.

كما دلت النتائج على أن ترتيب مجالات المشكلات تنازلياً كان على النحو التالي:

مجال الترويح عن النفس وقضاء وقت الفراغ، والمجال المادي، والمجال الصحي، والمجال الاجتماعي، ثم المجال النفسي.

كما قامت أبو سوسو (١٩٩١) بعمل دراسة على المجتمع المصري، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الحاجات النفسية للمرأة المسنة. اشتملت العينة على (٦٠) سيدة من غير المقيمات في دور الرعاية، وقسمت العينة إلى مجموعتين متساويتين في العدد، اشتملت المجموعة الأولى على مسنات أعمارهن من (٦٠–٦٥) سنة، أما المجموعة الثانية فقد اشتملت على مسنات أعمارهن من (٣٠–٣٥) سنة، وتم استخدام مقياس للتفضيل الشخصي يحتوى على خمسة عشرة حاجة نفسية، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أهم الحاجات النفسية لدى المرأة المسنة هي العطف، والتحمل، والسيطرة، والإنجاز. وعند مقارنة نتائج المرأة المسنة مع غير المسنة تفوقت المسنة في القدرة على القيادة والإنجاز واتخاذ القرارات.

وأجرى محافظة (١٩٩٣) دراسة بعنوان: مشكلات المسنين في دور الرعاية في الأردن هدفت إلى تحديد المشكلات التي يعاني منها المسنون داخل دور الرعاية، ومدى اختلاف شعورهم بها باختلاف جنسهم وعمرهم ومدى إقامتهم في تلك الدور.

وقد تألف مجتمع الدراسة من كافة المسنين القادرين على التجاوب مع الباحث في كافة دور الرعاية في الأردن، وقد بلغ عددهم (١٨٠ مسناً) ذكوراً وإناثاً، بعد استثناء ٢٠ مسناً منهم، وتألفت عينة الدراسة من جميع أفراد مجتمع الدراسة والبالغ عددهم ٦٠ مسناً، (٢٦) ذكوراً، و(٣٤) إناثاً، وقد أظهرت النتائج أن المشكلات التي يواجهها كبار السن من وجهة نظرهم كانت أولاً في المجال الترويحي، والاجتماعي والصحي ثم مجال الخدمات النفسية.

وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة شعور المسنين بالمشكلات بين الذكور والإناث، كذلك فقد أظهرت النتائج إلى أن المسنين في الفئة العمرية (٦٠-٧٠ سنة) يشعرون بالمشكلات الصحية أقل من المسنين في الفئة العمرية (٧١ سنة فأكثر). كذلك لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في باقي المجالات تعود لمتغير العمر.

ووجدت شويكة (١٩٩٤) دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين: دراسة مطبقة على المسنين بمدينة جدة. وقد استخدمت الباحثة منهج المسح الاجتماعي على عينة من دور الرعاية الاجتماعية بالرياض والجمعيات الخيرية والمستشفيات، ودلت النتائج على أن كل المسنين المستفيدين من خدمات مؤسسات الرعاية وغير المستفيدين لديهم احتياجات اجتماعية ونفسية وصحية واقتصادية، وقد اشتملت هذه الاحتياجات على:

أ . الاحتياجات الاجتماعية، وتشمل: الرغبة بالاتصال مع الأسرة، والرغبة في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وحاجة المسن لمن يسمعه، والحاجة للقيام بعمل نافع يشغل وقت فراغه.

ب. الاحتياجات الصحية، وتشمل: ضرورة الكشف المستمر وتوفير العلاج المناسب، والتشخيص السليم، والاهتمام بالحالة الصحية للمسنين، وتوفير نظارات طبية خاصة.

ج. الاحتياجات النفسية، وتشمل: الشعور بالاهتمام، والشعور بالراحة النفسية والطمأنينة، والشعور بالرضا عن النفس، وعدم الشعور بالوحدة والعزلة.

د. الاحتياجات الاقتصادية، وتشمل: الحصول على بعض الموارد المادية الخاصة، مثل السكن، والغذاء، والملبس، زيادة الدخل الثابت.

وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود صعوبات تواجه المسنين حول إشباع احتياجاتهم بشكل كامل، حيث ترجع هذه الصعوبات إلى عدة أسباب منها ما يرتبط بالمؤسسة نفسها، ومنها ما يرتبط بطبيعة العلاقة بالآخرين.

أما دراسة العكروش (١٩٩٩) مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني مقارنة سوسيولوجية، حيث درست الباحثة مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني من جميع الجوانب (النفسية والاجتماعية والاقتصادية والترفيهية والصحية)، سواء المسنين المقيمين داخل بيوتهم، أو المقيمين في دور الرعاية، وكذلك ما هي نظرة المجتمع الأردني إلى كبار السن.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط قوي بين المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية التي يتعرض لها المسنون.

ثانياً: الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب:

يشير بيرنز (Burns, 1980) إلى دراسة أجراها بيك وآخرون (Beck, et al.)، على مجموعة من الطلبة الذين يعانون من حالات اكتئابية، وقد تم استخدام أسلوب العلاج المعرفي لمدة (١٢) أسبوعاً، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين، الأولى تلقت علاجاً معرفياً، والمجموعة الثانية لم تتلق أي علاج، وأشارت النتائج على تحسن (١٥) من أفراد المجموعة الأولى من خلال انخفاض مستوى الاكتئاب لديهم.

وأجرى ماكرون (1980) MaCarron دراسة قارن فيها بين كل من أسلوب العلاج المعرفي (Cognitive Therapy [CT]) والعلاج الكيميائي، في التقليل من حدة الاكتئاب، وذلك على عينة (١٩) فرداً من كبار السن من الجنسين، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٦٠-٦٧) سنة، يعانون مما يسمى "اكتئاب ما بعد التقاعد" وهو نوع من الاكتئاب متوسط الشدة. تم توزيع أفراد عينة الدراسة على مجموعتين علاجيتين تجريبيتين، تلقت الأولى برنامجاً للعلاج المعرفي ولفترة عشرة (١٠) أسابيع، بواقع عشر (١٠) جلسات علاجية جمعية، في حين تلقت المجموعة التجريبية الثانية أسلوباً للعلاج بعقار دوائي ولنفس الفترة. أشرف على المعالجة المعرفية ثلاثة من طلبة الدراسات العليا، بعد ان أخضعوا لدورة تدريبية في العلاج المعرفي، أما المعالجة الدوائية فكانت بإشراف خمسة من الأطباء، لا يوجد عندهم دراية بالمعالجة المعرفية. تم تطبيق مقياس بيك (Beck) للاكتئاب ومقياس هاملتون المتدرج للاكتئاب ومقياس اضطراب الاتجاهات وقائمة النشاطات، وكذلك قائمة الإحساس بالألم الذاتي كمقاييس قبلية وبعدية على أفراد عينة الدراسة. أظهرت النتائج انخفاضاً في درجة الاكتئاب عند أفراد عينة الدراسة لدى أفراد لمجموعتين. تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طريقتي العلاج المستخدمتين، حيث ظهر ان العلاج المعرفي مقارنة بالعلاج الدوائي، كان له أثر أكبر في خفض الاكتئاب والألم الذاتي. كما أظهرت النتائج حدوث تأخر في ظهور التحسن عند المجموعة التي تناولت العلاج الدوائي، مما يدل على تأخر مفعول أدوية مضادات الاكتئاب، في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى كبار السن.

وأجرى بيكر (1990) Baker دراسة حول أثر برنامجٍ إرشاد جمعي على الحالة الصحية النفسية لدى كبار السن الأمريكيين، تكونت عينة الدراسة من (٨٤) شخصاً، المجموعة التجريبية

الأولى وعددهم (٣٢) شخصاً خضع أفرادها لبرنامج قائم على التـدريب المعرفـي وأسـاليب الاسترخاء والمجموعة الضابطة وعددهم (٥٢) شخصاً لم يتعرضوا للمعالجة. استمرت الجلسات لمدة (٦) أسابيع بواقع (٣) ساعات يومياً تم تطبيق مقياس الاكتئاب ومقياس الصحة النفسية لكلا المجموعتين. أشارت نتائج الدراسة إلى تحسن ذي دلالة لدى أفراد المجموعة التجريبية تمثلـت بتقليل أعراض الاكتئاب وتغير ملحوظ في الرضا النفسي مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

وفي دراسة قام بها عراقي (١٩٩١) حول مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج مرض الاكتئاب العصابي على عينة من طلاب الجامعة، فقد تم اختيار هذه العينة وفقاً للدرجات التي حصلوا عليها على مقياس بيك (Beck). وقد قسمت العينة إلـى مجمـوعتين تجـريبيتين ومجموعتين ضابطتين لمدة (١٢) أسبوعاً بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً، وقد أظهـرت النتـائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعتين لصالح المجموعتين التجريبيتين.

وفي دراسة أجراها كمب وكورجيـات وجيـل (Kemp, Corgiat, and Gill (1992، على أثر العلاج المعرفي السلوكي الجمعي المختصر، لكبار السن المرضى الذين لديهم عجز أو بدون عجز. وتألفت عينة الدراسة من واحد وأربعين شخصاً، قسموا إلى مجموعتين تجريبيتين، المجموعة (ن=١٨)، التي تعاني من عجز حاد. والثانية (ن=٢٣) لا تعاني مـن عجـز، بلـغ متوسط الأعمار (٧٤،٨) سنة. وقد استخدم الباحثون لتحقيق هدف دراستهم عدة مقاييس: اكتئاب الشيخوخة، وقائمة المزاج والصحة لتشخيص أعراض الاكتئاب الرئيس، بالإضافة إلى مقـاييس انشطة الحياة اليومية وانشطة الحياة اليومية الأدائية. وأظهرت النتائج تساوي انخفاض الاكتئاب عند المجموعتين بعد عام واحد من العلاج، كما استمرت المجموعة التي لا تعاني مـن عجـز، بالتحسن حتى بعد إنتهاء العلاج.

وأجرى جونز وبولس (Johnes, Pulos, (1993 دراسة هدفت إلى المقارنـة بـين فاعليـة العلاج المعرفي وحده وبين العلاج المعرفي، بالإضافة إلى استخدام العقاقير لعلاج الاكتئاب على عينة مكونة من (٣٢) فرداً تتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٦٢) سنة، وقد قسمت العينـة إلـى مجموعتين؛ كل مجموعة تضم (١٦) فرداً، ويتألف البرنامج العلاجي من عشرين جلسة علـى مدار (١٢) أسبوعاً، حيث تعرضت المجموعة الأولى للعلاج المعرفـي، والمجموعـة الثانيـة للعلاج المعرفي مضافاً إليه استخدام الأدوية، وقد دلت النتائج إلى تحـسن الأفـراد فـي كلتـا

المجموعتين واختفاء معظم الأعراض الاكتئابية، لكن لم تكن الفروق ذات دلالة إحصائية بين الأسلوبين.

وفي دراسة أجراها لوبيز وميرميلستين (Lopez, and Mermelstin (1995 هدفت أيضاً لمعرفة أثر العلاج المعرفي السلوكي الجمعي، على كبار السن المصابين بالاكتئاب ويعانون من أمراض مزمنة، تألفت عينة الدراسة (ن=٢١) من مجموعتين تجريبية وضابطة. وتعرضت المجموعة التجريبية للبرنامج والذي استغرقت مدته ثلاثون (٣٠) دقيقة، بمعدل أربع مرات أسبوعياً. والتجريبية لم تتعرض لأي برنامج. وأظهرت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية لصالح العينة التجريبية في خفض الاكتئاب.

ولفحص فرضية ان المعالجة الجمعية السلوكية المعرفية تقلل من القلق والاكتئاب وتؤدي إلى تحسن في نوعية الحياة عند كبار السن أجرى كونيك وبراون وستانلي ورسترز وملنيري وستابنر(Kunik, Braun, Stanley, Wristers, Molinari, Staobner,2001) دراسة على مجموعتين من كبار السن تألفت المجموعة الأولى التي شكلت المجموعة التجريبية من (٥٦) شخصاً من كبار السن يعانون من أمراض تنفسية ورئوية مزمنة، وتم تعريضهم لمعالجة سلوكية معرفية بجلسة مفردة لمدة ساعتين تم تصميمها لتقليل أعراض القلق، وتضمنت التدريب على الاسترخاء والتدخل المعرفي وتدريب تدريجي، ويتبع ذلك واجب بيتي ومتابعة بلقاء أسبوعي ولمدة ستة أسابيع. أما المجموعة الثانية فكانت مجموعة المقارنة، وتلقت تعليماً عن الأمراض التنفسية والرئوية المزمنة مع متابعة أسبوعية. وتم إجراء قياس قبلي وبعدي للمجموعتين بتطبيق مقياس الاكتئاب لكبار السن وقائمة بيك للقلق واختبار مشي لمدة (٦) دقائق، ومقياس الرضا عن نوعية الحياة. أشارت النتائج إلى تناقص في الاكتئاب والقلق عند أفراد المجموعة التجريبية التي تعرضت للمعالجة السلوكية المعرفية ولم يظهر تغير في الوظائف الجسمية عند أفراد عينة الدراسة.

في دراسة قام بها أوهرت وثوريل (Ohrt & Thorell, 1998) هدفت لقياس مستويات الاكتئاب والتشويهات المعرفية من خلال استخدام العلاج المعرفي، تكونت عينة الدراسة من (٢٦) فرداً يعانون من الاكتئاب، وقد تم تطبيق استبانة اضطراب الاتجاهات Dysfunctional Attitude Scale (DAS)، واستبانة الأفكار الأتوماتيكية Automatic thoughts (ATQ)، اختبارين قبليين، وبعد ستة أسابيع من العلاج، تم تطبيق المقياسين مقياساً بعدياً، وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين الاكتئاب والتشويهات المعرفية، وكذلك

أشارت النتائج إلى انخفاض مستويات الاكتئاب والتشويهات المعرفية، وكذلك أشارت النتائج إلى انخفاض مستويات الاكتئاب والتشويهات المعرفية بدرجة كبيرة عند (١٩) فرداً من أفراد العينة.

كما قام بول Ball et al., (2000) بدراسة تهدف إلى تقييم الفعالية العالية للعلاج السلوكي المعرفي بالاشتراك مع التدريب التدعيمي، وذلك لدراسة عنية منتقاة من المرضى الذين يراجعون العيادات خلال فترة طويلة من الزمن (١-٣ سنوات).

بحثت الدراسة في الكشف عن استجابات الأشخاص المكتئبين لكل من العلاج السلوكي المعرفي والتدريب التدعيمي ضمن جماعة بوجود اضطرابات معينة في الشخصية.

تم إجراء التقييم على شريحة طويلة تمثل (١١) شخصاً من البالغين والتي أشير إليها على أنها وحدة اضطرابات المزاج، يميزها تاريخ من الاكتئاب، وقد أنهى أفرادها علاجاً سلوكياً معرفياً جماعياً إما بشكل منفرد أو بالاشتراك مع جماعة تدريب تدعيمي.

وتم إجراء تقييم للشخصية باستخدام مقياس (Dsm.III R Axis II) لفئات اضطراب الشخصية، وهذه التصنيفات والفئات تم دمجها لتشكل ثلاث مجموعات:

- مجموعة تضم أفراداً لا يوجد لديهم اضطراب في الشخصية.
- مجموعة تضم أفراداً دراميين، عشوائيين، مضطربين.
- مجموعة تضم أفراداً منتبهين، متوترين، خائفين.

تم تطبيق مجموعة من مقاييس الحديث عن الذات، وتقديم تعزيز عن الذات قبل البدء بالعلاج، وبعد العلاج وذلك من خلال إظهار متابعة طويلة الأمد (١-٣) سنة. أظهرت كلا المجموعتين تحسناً ملحوظاً في العلامات خلال العلاج، هذا التحسن وهذه المكتسبات تم الحفاظ عليها خلال فترة المتابعة، وعلى أية حال فالتحسن لدى أولئك المرضى الذين لا يعانون من اضطرابات الشخصية كان أكبر بعد فترة العلاج، ومن خلال متابعة طويلة الأمد، فيما يتعلق بكل من مستوى الأمراض الاكتئابية أو نسبة الحالات التي ينطبق عليها مقياس ومعيار الشفاء.

وفي دراسة نتسكي Nitschke, et al., (2001) قام الباحث بدراسة الدرجة التي تتصل بها نسبة تراجع الأعراض خلال العلاج (العلاج المعرفي) إلى عودة الأعراض بعد الانتهاء من العلاج، حيث تم فحص العلاقة بين عودة الأعراض بعد ثلاثة إلى ستة شهور من الانتهاء من العلاج، بما في ذلك نسبة تراجع الأعراض بعد وقت قريب من العلاج (خلال العلاج) وقد أظهرت النتائج أن هذه الأعراض الاكتئابية قبل العلاج كانت من المؤشرات الوحيدة بنسبة عودة الأعراض خلال فترة العلاج.

وفي دراسة أجراها موريياتي (Moriaty, 2002) هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى الاكتئاب.

وقد اشتملت عينة الدراسة على (٢٦) شخصاً يعانون من أعراض الاكتئاب تتراوح أعمارهم بين (٣١-٨٠) سنة، حيث تم توزيع العينة على أربع مجموعات، تلقت المجموعة الأولى علاجاً عقلانياً بدون مناقشة، والثانية علاجاً بالتنفيذ العلمي، أما المجموعة الثالثة فتلقت علاجاً بالتنفيذ، والمجموعة الرابعة تلقت علاجاً بالتنفيذ العملي، وقد استمر البرنامج لمدة (١٢) أسبوعاً، وظفت فيه قائمة بيك (Beck) للاكتئاب ومقياس هاملتون للاكتئاب، واستبانة المعتقدات اللاعقلانية، وأشارت النتائج إلى تحسن جميع أفراد المجموعات، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين المعالجات المختلفة في خفض مستوى الاكتئاب.

وكما أجرى بيفرز وميلر (Beevers & Miller, 2005) دراسة كان الهدف منها تحديد فاعلية العلاج المعرفي في التخلص من الأعراض الاكتئابية، والتشويهات المعرفية لدى الأفراد، حيث وزعت العينة عشوائياً، وقد تم إخضاع الأفراد للعلاج مدة ستة شهور، وقد استخدمت أدوية إلى جانب العلاج المعرفي. وأشارت النتائج إلى وجود دلالة إحصائية ما بين العلاج المعرفي والأعراض الاكتئابية والتشويهات المعرفية. وقد لوحظ تحسن عند الأفراد الذين تلقوا العلاج المعرفي مقارنةً مع المجموعة الضابطة التي لم تبدِ أي تحسن.

وأجرى باركلي (Barclay 2007) دراسة هدفت للتعرف على فاعلية تطبيق العلاج المعرفي السلوكي لدى كبار السن الذين لديهم أعراض اكتئابية. تكونت عينة الدراسة من (٢٠٤) من كبار السن تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب. أشارت النتائج إلى ان أفراد المجموعة التجريبية انخفضت لديهم أعراض الاكتئاب مقارنةً بالمجموعة الضابطة.

وفي دراسة أجرتها العبسي (٢٠٠٧) في مؤسسات كبار السن الأردنية على عينة عددها ثلاثون (٣٠) مسناً من الجنسين، سجلوا ارتفاع درجات على قائمة بيك (Beck) للاكتئاب في صورته المعربة في القياس القبلي، وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات: مجموعة تجريبية أولى وعدد أفرادها عشرة (١٠) تعرضت للعلاج المعرفي، ومجموعة تجريبية ثانية وعدد أفرادها (١٠) شاركت بانشطة، ومجموعة ضابطة وعدد أفرادها (١٠) لم تتعرض لأي برنامجٍ.

استمرت مدة البرنامج الإرشادي ثلاثة (٣) شهور بواقع ستين (٦٠) دقيقة أسبوعياً، ثم أجري القياس البعدي بعد توقف البرنامج مباشرة، والتتبعي بعد مضي شهر، وأظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الأولى (العلاج المعرفي) والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للعلاج لصالح التجريبية ، وللفروق على قياس المتابعة لدى التجريبية، مما يشير إلى أن البرنامج الذي اعتمد على العلاج المعرفي قد عمل على خفض مستوى الاكتئاب، كما ظهرت نفس النتائج لدى المجموعة التجريبية الثانية مقارنةً بالضابطة وفي القياس التتبعي، مما يؤكد أيضاً على ان البرنامج الذي استند إلى الانشطة قد عمل على خفض مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروقٍ ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت فاعلية المشاركة بالنشاطات في خفض مستوى الاكتئاب:

وقد قام جوسي وآخرون Jocie et al., (2000) بدراسة حول دور العلاج الحديث الذاتي في علاج الاكتئاب.

وأجريت الدراسة على (٣٤) من الكبار في السن تزيد أعمارهم عن (٦٠) سنة مصابون باكتئاب شديد، وقسمت العينة إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية، وأخرى ضابطة.

أظهرت النتائج وجود علاقة قوية ما بين الحديث الذاتي وعلاج الاكتئاب فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية. أما المجموعة الضابطة فلم تظهر فروقاً ذات دلالة إحصائية.

كما أجرى ليتل وجونز Jones, Little (2002) دراسة بعنوان: معالجة الاكتئاب لدى كبار السن عن طريق الذكريات، حيث تناولت هذه الدراسة الجهود المبذولة لاستخدام العلاج بالذكريات والتنوع في النشاطات كوسيلة عاطفية للتخفيف من الاكتئاب لدى كبار السن الموجودين في مؤسسات بالريف خاصةً النساء، وقد أثبت هذا العلاج كطريقة نفسية اجتماعية فائدة قصوى كبديل عن أنماط المعالجة التقليدية في تخفيف آثار الاكتئاب وأعراضه.

وفي دراسة أجراها آدامز Adams, (2004) حول تغير النشاطات والميول لدى كبار السن وعلاقاتها بالاكتئاب.

تألفت العينة من مرضى العيادات الخارجية والذين تتراوح أعمارهم من (٦٥-٩٤ سنة). وقد تم تطبيق مقياس (CATT) وهو مؤشر تغير النشاطات والميول المؤلف من ٣٠ بنداً.

وأظهرت النتائج أن ٣٠% من أفراد العينة تراجعت استجاباتهم في مجال الترفيه المنزلي، والاهتمام بآراء الآخرين وبالتسوق وشراء الأشياء أو حضور مناسبات اجتماعية. وهذه مؤشرات لها علاقة بالاكتئاب. كذلك أشارت النتائج إلى ازدياد الميل الروحي لدى الكبار ونقص فيما يتعلق بالنشاطات الفعالة أو الحركية.

كما أكدت النتائج على أن النشاطات الفعالة والنشاطات الاجتماعية هي ذات صلة كبيرة بانخفاض اكتئاب كبار السن أو ازدياده.

وقام كريشان وآخرون Krishan et al., (2004) بدراسة حول اكتئاب كبار السن. بلغت العينة من مجموعتين، المجموعة التجريبية وتضم (٣٧٠) شخصاً ممن يعانون من اكتئاب الكبار، والمجموعة الضابطة وتضم (١٧٥) شخصاً غير اكتئابيين.

قسم المشاركون على أساس عدة أبعاد، منها تنوع الأنشطة الاجتماعية سن المسن، بداية المرض- وجود أو عدم وجود تمزقات مغناطيسية، وقد قيّمت الحالة المرضية لكافة المشتركين على أساس التقرير الذاتي وبوساطة مقياس الحالة السريرية المتراكمة.

وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

وفي محاولة لفهم أهمية الشبكة الاجتماعية في خفض مستوى الاكتئاب، أجرى ثومس Thomas (2005) دراسة على مجموعتين، مجموعة تتلقى رعاية رسمية بدون وجود شبكة دعم، ومجموعة تتلقى رعاية غير رسمية بوجود شبكة دعم اجتماعية.

وأظهرت النتائج تحسن الاكتئاب لدى المجموعة التي تتلقى رعاية غير رسمية بوجود شبكة دعم اجتماعية. وقد كانت الفروق ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعتين.

وفي محاولة لفهم تأثيرات النشاط البدني والسلوك المستقر على الصحة المعرفية أو الذهنية لدى كبار السن، قام ريزو وآخرون Rizo et al., (2005) بفحص الفرضيتين التاليتين:

- تشير الفرضية الأولى إلى أن الاكتئاب يقمع أو يكبت القدرة المعرفية، وأن النشاط الجسدي يخفف حالة القلق وبالتالي يحسن القدرة الذهنية.
- أما الفرضية الثانية فترى أن الاتصال الاجتماعي الذي يتم من خلال الأنشطة الاجتماعية ويحسن من الوظيفة المعرفية أو الذهنية وذلك من خلال تحفيز الجهاز العصبي.

أجريت الدراسة على (١٥٨) شخصاً من كبار السن، حيث طبقت عليهم مقاييس تتعلق بنشاطاتهم المعرفية وحالتهم الاكتئابية والاجتماعية والبدنية. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة قوية ما بين معالجة الاكتئاب وتحسين الوظيفة المعرفية أو الذهنية للمريض.

وفي دراسة أجراها بروتس وآخرون Protas et al., (2005) حول علاقة نقص الأداء الجسماني باكتئاب كبار السن، وأجريت الدراسة على (٢٠٣) أشخاص قسموا إلى ثلاثة فئات، قادر على الحركة، وواهن، وغير قادر بناءً على ما ذكره هؤلاء الأشخاص عن أنفسهم.

أشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية ما بين الأداء الجسمي (ضعف الحركة) لدى كبار السن وما بين اكتئابهم. كما أشارت النتائج إلى إمكانية الاستفادة من هذه الدراسة في حالة التدخل (المعالجة) أو في برامج الوقاية.

رابعاً: الدراسات التي تناولت التكيف:

كما أجرت السباسي (١٩٨٣) دراسة لمعرفة أثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف لدى كبار السن في الأردن. وتكونت العينة من (١٥٠) مسناً ومسنة، و(٥٠) يتلقون رعاية مؤسسية، و(١٠٠) يتلقون رعاية أسرية، وطبقت قائمة كورنيل (Carnell Index N2) المعربة والمعدلة للبيئة الأردنية كأداة للكشف عن المشكلات التي يعاني منها كبار السن، وقامت بإجراء المقابلات الفردية مع كبار السن الذين يتلقون رعاية مؤسسية في كـل مـن دار الـضيافة/عمـان، ودار السلام/عمان، ومركز الأميرة منى/الزرقاء. وافترضت الدراسة عدم وجود أثر لنوع الرعايـة والجنس أو تفاعلهما معاً في درجة شعور كبار السن بمشكلات التكيف والشخصية.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن كبار السن الذين يتلقون رعاية مؤسسية يعـانون مـن مشكلات في التكيف والشخصية أقل من أولئك الذين يتلقون رعاية أسرية. وفيما يتعلق بمتغيـر الجنس فقد ظهر أن كبار السن من الإناث يعانين من مشكلات في التكيف والشخصية أكثر مـن الذكور، أما بالنسبة لعاملي الجنس ونوع الرعاية، فلم تظهر فروق بين الجنسين ممـن يتلقـون رعاية مؤسسية.

وأجرى لارسين (Larsen, 1990) دراسة عن السلوك اللاتكيفـي لـدى عينـة مـن المراهقين ضمت (٨٢) مفحوصاً، وتم خلالها استخدام فنيات المناقشة، مراقبة الـذات والبنـاء المعرفي، والواجبات المنزلية، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج العلاجي في الحد من السلوك اللاتكيفي لأفراد العينة.

وكذلك هدفت دراسة دافيز وبوستر (Davis & Boster, 1992) إلى التعرف على أثـر برنامج معرفي في خفض اضطرابات السلوك وتحسين مستوى التكيف، لـدى مجموعـة مـن المراهقين، وأوضحت النتائج فعالية هذا البرنامج في خفض الاضطرابات الـسلوكية وتحـسن مستوى تكيفهم، وذلك من خلال تغيير أفكارهم المشوهة والخاطئة، وبالتالي تغييـر انفعـالاتهم ومشاعرهم.

وفي دراسة أجراها ناردي (Nardi, 1994) تم استخدام العلاج المعرفي في علاج حالات انخفاض مستوى التكيف لدى عينة تكونت من ثلاث جنود كانوا يواجهون صـعوبات التكيـف، وتراوحت أعمارهم بين (١٨-٢٠) عاماً، وتم استخدام أسلوب المناقشة، تحديد الأفكار المشوهة،

للعمل على تغييرها، وكشفت النتائج عن فاعلية البرنامج المستخدم في تحسين مستوى التكيــف لهؤلاء الجنود.

وفي دراسة جالت (Galt, 2000) استخدمت أساليب معرفية سلوكية بغرض تحديد مدى فاعليتها في مساعدة الأفراد على التكيف مع أحداث الحياة، وتم استخدام مقياس حل المــشكلات ومقياس بيك للاكتئاب، وأشارت النتائج إلى فاعلية الأساليب المعرفية الــسلوكية فــي تحــسين مستوى التكيف وخفض حدة الاكتئاب لدى الأفراد.

تعقيب على الدراسات السابقة:

في ضوء ما سبق من عرض للدراسات السابقة تبين:

١. ندرة البرامج الإرشادية الخاصة بهذه الفئة من كبار السن خاصة في البيئات العربية.

٢. ندرة الدراسات المحلية والعالمية التي تبحث في موضوع التكيف النفسي والاجتماعي لدى كبار السن.

٣. العلاج المعرفي السلوكي يعتبر منهجاً واعداً وفعالاً للتعامل مع مشكلات الصحة النفسية لدى كبار السن.

٤. تبين كفاءة معظم برامج الإرشاد الجمعي المستندة إلى المنهج المعرفي السلوكي (CBT)، الموجهة لكبار السن المقيمين في مؤسسات رعاية، من أجل معالجة مشكلات الصحة الجسدية والنفسية لديهم كالاكتئاب والقلق، والوحدة ومشكلة عدم الرضا عن الحياة، باستخدام استراتيجيات مختلفة كالانشطة الجسدية، واسترجاع الذكريات الماضية، مما يدل على أثر مثل هذه البرامج على كبار السن.

٥. إن معظم الدراسات أكدت على العلاقة القوية ما بين العلاج المعرفي السلوكي والاكتئاب. وكذلك النتائج الإيجابية التي توصلت إليها الدراسات في أهمية استخدام العلاج المعرفي السلوكي وفائدة برامج الإرشاد الجمعي والبرامج العلاجية المتنوعة في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي، ومن المهم الإشارة إلى أن بناء برامج تدريبية وتطبيقها قد تساعد في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي للأفراد وهذا ما تهدف إليه الدراسة الحالية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل اجراءات الدراسة وخطوات تنفيذها من حيث أدائها ومجتمعها ووصفا لعينتها وصدق وثبات ادواتها ومقاييسها والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل بياناتها.

منهجية الدراسة:

استخدمت الدراسة المنهج التجريبي نظرا لمناسبته لطبيعة الدراسة واجراءات هذه الدراسة.

مجتمع الدراسة:

يمثل مجتمع الدراسة جميع الافراد المسجلين رسميا في دور الضيافة للمسنين في الاردن والذين يبلغ عددهم ١٢٠ مسناً.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٥٠) نزيلاً في دار الضيافة للمسنين في منطقة خريبة السوق وقد تم اختيار افراد عينة الدراسة بعد الاخذ برأي القائمين على المؤسسة من النزلاء، بالاضافة لأخذ موافقتهم للمشاركة في هذه الدراسة، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين بطريقة عشوائية، وتم تعيين أحداهما بطريقة عشوائية لتكون التجريبية والأخرى الضابطة (٢٥ فرداً لكل منهما).

أدوات الدراسة:

أعتمدت الدراسة على ثلاث أدوات هي البرنامج التدريبي المقترح ومقياس التكيف النفسي والاجتماعي وقائمة بيك لتقدير المشاعر.

أولاً: مقياس التكيف النفسي والاجتماعي :

تم إعداد وتطوير الاستبانة بالاستعانة بالأدب التربوي والدراسات السابقة المتصلة بالدراسة، فقد تم الاستعانة بدراسة العلمي (٢٠٠٣) حول التوتر والضغط النفسي والاكتئاب ومهارات التكيف لدى طلبة الجامعات الفلسطينية والجامعات الأردنية وتكونت استبانتها من ٣٠ فقرة، وتم الاستعانة أيضاً بدراسة بركات (٢٠٠٦) حول الاتجاه نحو الالتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة وتكونت استبانته من ٣٠ فقرة، وتم الاستعانة بدراسة رمضان (١٩٩٩) حول ظاهرة الاحتراق النفسي واستراتيجيات التكيف لدى العاملين في وزارات السلطة الفلسطينية، وقد تكونت من ٥٤ فقرة موزعة على ثماني استراتيجيات، وتم الاستعانة بدراسة العارضة (١٩٩٨) حول استراتيجيات تكيف العاملين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس الثانوية الحكومية وقد تكونت من ٤٩ فقرة موزعة على تسع استراتيجيات.

ويتكون المقياس من ٥٠ فقرة للبعدين النفسي والاجتماعي وبعد عرضه على المحكمين تم حذف أربع فقرات فأصبح يتألف من (٤٦) فقرة، (٢٣) منها تقيس البعد النفسي و(٢٣) تقيس البعد الاجتماعي.

والفقرات التي تقيس البعد النفسي هي:
١، ٣، ٥، ٧، ١١، ١٢، ١٧، ١٨، ٢١، ٢٣، ٢٥، ٢٧، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٥، ٣٧، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٣، ٤٥.

أما بالنسبة للتكيف الاجتماعي فيتكون من (٢٣) فقرة ويستخدم للتعرف على درجة التكيف الاجتماعي للفرد وهذه الفقرات هي:
٢، ٤، ٦، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٤، ١٥، ١٦، ١٩، ٢٠، ٢٢، ٢٤، ٢٦، ٢٨، ٣٣، ٣٤، ٣٦، ٣٨، ٤٢، ٤٤، ٤٦ .

صدق المقياس:

قامت الباحثة بعرض المقياس بصورته الاولية على مجموعة من الاساتذة اعضاء هيئة التدريس في كلية العلوم التربوية في الجامعة الأردنية والذين بلغ عددهم ١١ عضواً حيث تم تعديل المقياس من خلال تعديل بعض الفقرات باضافة بعض الكلمات التي تساعد في توضيح

معنى الفقرة بشكل واضح وكذلك بحذف بعض الكلمات حيث قامت الباحثة بأخذ جميع ملاحظات المحكمين الذين تم الاستئناس برايهم في المقياس بحيث اصبح بصورته النهائية المستخدمة في الدراسة.

ثبات المقياس:

قامت الباحثة باستخدام أسلوب تطبيق الاختبار وإعادة التطبيق (test – retest) على مجموعة قوامها (١٥ رجلاً) من نزلاء دارات سمير شما للمسنين بفاصل زمني قدره اسبوعان حيث تم اجراء التطبيق الاول بتاريخ ٢٠١٠/٧/١٤ بينما تم التطبيق الثاني بتاريخ ٢٠١٠/٧/٢٧ ولاستخراج دلالات ثبات الإعادة استخرجت معاملات ارتباط بيرسون والتي تراوحت بين ٠,٨٧ إلى ٠,٨٣.

وقد بلغ معامل ثبات الإعادة لمقياس التكيف النفسي والاجتماعي بشكل عام ٠،٨٧ وبلغ للتكيف النفسي ٠،٨١ وللتكيف الاجتماعي ٠،٨٣، كما بلغ معامل ثبات الاتساق الداخلي لمقياس التكيف النفسي والاجتماعي بشكل عام ٠،٨٢ وبلغ للتكيف النفسي ٠،٧٦ وللتكيف الاجتماعي ٠،٧٧، وجميع هذه المعاملات تشير الى درجات مقبولة من الثبات لهذا المقياس.
والجدول (١) يبين هذه المعاملات:

كما تم استخراج معاملات الاستقرار باستخدام الإحصائي كرونباخ ألفا نفس المجموعة السابقة، عند التطبيق الأول.

جدول ١: معاملات الثبات بالاعادة والاتساق الداخلي (كرونباخ الفا) لمقياس التكيف النفسي والاجتماعي

	الاعادة	كرونباخ
التكيف النفسي	٠،٨١	٠،٧٦
التكيف الاجتماعي	٠،٨٣	٠،٧٧
التكيف	٠،٨٧	٠،٨٢

تصحيح المقياس:

لأغراض الحصول على درجات التكيف النفسي والاجتماعي، تعطى الدرجة (١) للإجابة "أبداً" والدرجة ٢ للإجابة "نادرا" والدرجة ٣ للإجابة "أحياناً" و ٤ للإجابة "دائماً"، للفقرات ذات الصياغة الإيجابية وتعكس هذه الدرجات للفقرات ذات الصياغة السلبية بحيث تعطى الدرجة (١) للإجابة "دائماً" والدرجة ٤ للإجابة "أبداً"، ثم تجمع درجات المستجيب على جميع الفقرات

وعددها ٤٦ للحصول على الدرجة الكلية للتكيف فإن درجات التكيف الكلية تتراوح بـــين ٤٦ – (الدرجة الدنيا للمقياس) والتي تعني درجة تكيف متدنية، وبين ١٨٤ (الدرجة القصوى للمقياس) والتي تعني درجة تكيف مرتفعة. وللحصول على درجات التكيف النفسي والاجتماعي كل علـــى حدة تجمع درجات المستجيب على الفقرات التي تقيس كل مجال من مجالي التكيف كل على حدة وتتراوح هذه الدرجة لكل منهما بين ٢٣ درجة (الدنيا) وبين ٩٢ (العليا).

ثانياً: قائمة بيك الثانية للاكتئاب

Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ويقيس درجة الاكتئاب لدى الأفراد.

يعد ارون بيك (Beck) الطبيب النفسي الأمريكي هو المؤلف الأصلي لمقياس الاكتئاب Depression حيث قام بنشره لأول مرة عام ١٩٦١ (Beck et al,1961)، وعرف المقياس بعد ذلك بالاختصار (BDI).

وفي عام ١٩٧١ بدأ بيك ورفاقه باستخدام صيغة معدلة من قائمة بيك للاكتئاب (BDI) وتم نشرها عام ١٩٧٩ بأسم (BDI-IA) من خلال القيام ببعض التعديلات على الصورة الأصلية، وظهرت عدة مراجعات للقائمة لتعريف الاكتئاب خلال السنوات الماضية، بعد ذلك ظهرت الحاجة إلى وجود مقياس جديد للاكتئاب ينسجم مع معايير ومحكات الدليل التشخيصي (DSM-IV).

كان هذا دافعاً لبيك ورفاقه للاشتغال على صيغة جديدة لفقرات القائمة (BDI-IA) عام ١٩٩٤ أطلق عليها اسم قائمة بيك الثانية للاكتئاب (BDI-II) تضمنت بعض التعديلات على القائمة الأصلية، فقد تم صياغة الفقرات السابقة المتعلقة بالأرق، وفقدان الشهية لتعكس أعراض الزيادة أو النقصان في كل من النوم والشهية.

الفرق بين قائمتي بيك للاكتئاب، الأولى المعدلة (BDI-IA)، والثانية (BDI-II) (ناصر الدين، ٢٠١٠)

فقرات (BDI-IA)		فقرات (BDI-II)	
الفقرة	التغير	الفقرة	التغير
الحزن		الحزن	تم اعادة صياغة بديلين من بدائل الفقرة
التشاؤم		التشاؤم	تم اعادة صياغة ثلاثة بدائل
الاحساس بالفشل		الفشل السابق	تم اعادة صياغة ثلاثة بدائل
عدم الرضى عن الذات		فقدان المتعة	تم اعادة صياغة أربعة بدائل
الذنب		مشاعر الذنب	تم اعادة صياغة بديل واحد
العقاب		مشاعر العقاب	لم يجر أي تعديل
كره الذات		عدم حب الذات	تم اعادة صياغة أربعة بدائل
اتهام الذات		نقد الذات	تم اعادة صياغة ثلاثة بدائل
أفكار انتحارية		الأفكار أو الرغبات الانتحارية	لم يجر أي تعديل
البكاء		البكاء	تم اعادة صياغة أربعة بدائل

الاستثارة	نقلت إلى الفقرة ١٧ في BDI-II	التهيج	فقرة جديدة وبدائل جديدة
الانسحاب الاجتماعي		فقدان الاهتمام	تم اعادة صياغة أربعة بدائل
التردد وعدم القدرة على اتخاذ القرار		التردد وعدم القدرة على اتخاذ القرار	تم اعادة صياغة أربعة بدائل
تغيير صورة الجسم	حذفت	فقدان القيمة	فقرة جديدة وبدائل جديدة
صعوبة العمل	حذفت	فقدان الطاقة	فقرة جديدة وبدائل جديدة
الأرق	نقلت إلى الفقرة ٢٠ في BDI-II	التغيرات في نمط النوم	استبدلت أربعة بدائل متعلقة بالأرق بثلاث بدائل جديدة عن زيادة النوم
التعب		قابلية الاستثارة	تم اعادة صياغة أربعة بدائل
فقدان الشهية		التغيرات في الشهية	تم اعادة صياغة أربعة بدائل عن نقص الشهية بثلاث بدائل عن زيادة الشهية
فقدان الوزن	حذفت	صعوبة التركيز	فقرة جديدة وبدائل جديدة
الانشغال بالجسم	حذفت	التعب أو الارهاق	تم اعادة صياغة أربعة بدائل

وصف قائمة بيك الثانية للاكتئاب (BDI-II):

وهذه القائمة تتكون من ٢٠ فقرة وتتكون كل منها من أربع عبارات تم ترتيبهـا بحيـث تعكس شدة الاكتئاب من ٠–٣ وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظـات الاكلينيكيـة للأعراض وبما ينسجم مع معايير تشخيص الاضـطرابات الاكتئابيـة المدرجـة فـي الـدليل التشخيصي والاحصائي للاضطربات العقلية (الطبعة الرابعة) الصادر عن الجمعية الأمريكيـة للطب النفسي (DSM-IV).

قامت الباحثة باستخدام مقياس بيك والتي قامت (ناصر الدين، ٢٠١٠) بترجمته إلى اللغة العربية وتعديله ليتناسب مع البيئة الأردنية.

ويراعى عند تطبيق القائمة ان يكون الشخص المستجيب في حالة مـن الهـدوء الـذاتي وكذلك هدوء المحيط الذي تم فيه الإجابة على الأسئلة.

صدق المقياس:

قامت الباحثة بعرض المقياس بصورته الاولية على مجموعة من الاساتذة اعضاء هيئـة التدريس في مجال الموضوع حيث اشاروا إلى مناسبته للتطبيق دون اجراء اية تعديلات.

ثبات المقياس:

قامت الباحثة باستخدام اسـلوب تطبيـق الاختبـار واعـادة التطبيـق (test – retest) على مجموعة قوامها (١٥رجلا) من نزلاء دارات سمير شما للمسنين بفاصـل زمنـي قـدره اسبوعان حيث تم اجراء التطبيق الاول بتاريخ ٢٠١٠/٧/١٤ بينما تم التطبيق الثـاني بتـاريخ ٢٠١٠/٧/٢٧ وقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠،٨٥) كما قامت الباحثة بـالتحقق مـن الثبات عن طريق الاتساق (الداخلي الفا كرونباخ) حيث بلغت قيمـة الثبـات بهـذا الاسـلوب (٠،٨٤).

تصحيح المقياس:

لأغراض الحصول على درجة الاكتئاب، تعطى الدرجة ١ للإجابة "أبداً" والدرجة ٢ للإجابة "أحياناً" والدرجة ٣ للإجابة "دائماً" للفقرات باستثناء الفقرتين ١٤ و ١٥ الذي أعطيت لهما الدرجات بطريقة عكسية حيث ان لهما معنى عكسي، ثم تجمع درجات الفرد على الفقرات العشرين للمقياس. وبذلك فان درجات المقياس تتراوح بين ٢٠ (الدرجة الدنيا للمقياس) والتي تعني درجة اكتئاب متدنية، وبين ٦٠ (الدرجة القصوى للمقياس) والتي تعني درجة اكتئاب مرتفعة.

ثالثاً :البرنامج التدريبي:

قامت الباحثة بتصميم برنامج تدريبي معرفي سلوكي لتحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب لدى كبار السن بالاستناد إلى نظرية بيك في العلاج المعرفي السلوكي وبناء على ذلك تم بناء برنامج تدريبي حيث اشتمل على ١٧ جلسة, بواقع ستين دقيقة لكل جلسة, تم توضيحها. وقد تم تدريب المشاركين على مهارات معرفية سلوكية تساهم في التصرف بشكل مناسب في المواقف الحياتية ، ويهدف هذا البرنامج إلى اكساب المشاركين استراتيجية التعامل مع الاكتئاب وذلك باستخدام اساليب معرفية سلوكية لخفض مستوى الاكتئاب, الأمر الذي يساعد على تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لديهم وتطوير المهارات السلوكية لأعضاء المجموعة لتعلم أساليب جديدة للتعامل مع المواقف التي تواجههم, وتطوير مهارات معرفية حول الطرق التي يفكر فيها المشارك بالمشكلة, وذلك من خلال إعطاء تدريبات داخل جلسة البرنامج التدريبي وواجبات بيتية ويستخدم البرنامج استراتيجيات معرفية سلوكية.
وتم عرض البرنامج على خمسة محكمين من اختصاصيي الإرشاد النفسي في كلية العلوم التربوية, وتم الآخذ بملاحظاتهم التي تضمنت الأمور التالية:

- التعديلات اللغوية على البرنامج الإرشادي
- تعديل بعض الاهداف لتتلاءم وموضوع الجلسة
- تقديم المزيد من الأمثلة والنشاطات لضمان تحقيق الهدف من الجلسة
- تدريب أعضاء المجموعة على الواجب البيتي أثناء الجلسة وإعطاء نموذج مشابه لتنفيذه في المنزل

وصف الجلسات

- **تم في الجلسة الأولــى:** إزالة الحواجز وكسر الجمود بين المشاركين, وذلك مــن خــلال تعريف المدربة لنفسها أمام المشاركين، ومن ثم طلبت من كل مشارك أن يعــرف علــى نفسه بالطريقة نفسها، ثم تذكر أسماء المشاركين جميعاً. إلى أن أصبح المشاركين يعرفون معلومات أخرى عن زملائهم. وكذلك تحدث كل عضو عما يتوقعه من البرنامج. وتمــت مناقشة الهدف العام من البرنامج، وما يمكن تحقيقه.

- **الجلسة الثانية:** تم التحدث عن اهداف البرنامج، تم توضيح مفهوم الاكتئــاب ومــصادره واعراضه وأنماط الاستجابات الناتجة عنه, وكذلك تقوم بتوضيح دور العلاج المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب.

- **تم في الجلسة الثالثة:** التعرف إلى حوادث محددة ساره لزيادتها على احساس يومي وذلك من خلال مساعدة المشاركين في التعرف على اهمية التفاؤل ومساعدتهم علــى إرســال رسائل ايجابية لانفسهم.

- **اما في الجلسة الرابعة:** فقد تم التركيز على التعبير عن المــشاعر؛ حيــث تــم تــدريب المشاركين على ضرورة تحديد طبيعة مشاعرهم وكيفية التعبير عن المــشاعر بطريقــة مقبولة اجتماعيا، وقد قام المشاركين بلعب أدوار للتعبير عن مشاعر ايجابية وأخرى سلبية من حياتهم الخاصة.
- **تم في الجلسة الخامسة:** تعريف المشاركين بالجوانب الخمسة للتفكيــر وهــي الأفكــار والانفعالات والسلوك وردود الفعل الجسدية والأحداث البيئية وكيف تتداخل هذه الجوانــب مع بعضها البعض من خلال اعطاء المدربة أمثلة عن كيفية التفاعل ومدى تأثير كل جانب سلباً أو إيجاباً في الجوانب الاخرى، ثم تقدم المدربة نموذجاً تطبيقياً للمشاركين للتــدرب عليه داخل الجلسة.

- **في الجلسة السادسة:** تم التعرف على نماذج التفكير المتكررة وغير المساعدة: حيث تــم في هذه الجلسة تدريب الاعضاء على ممارسة مهارة تحديد الافكار التلقائيــة المرتبطــة بالذات والمسببة لردود الفعل الجسدية والسلوكية غير المريحة ومن ثم ايجاد الدليل المؤيد

وغير المؤيد للفكرة التلقائية وذلك لتطوير طرق جديدة للتفكير تؤدي لتحسين المشاعر، وخفض درجة الاكتئاب.

وتوضح المدربة للمشاركين العلاقة ما بين الاحداث والسلوك، وتقدم لهم مخططاً لعملية التفكير، يبدأ بالافكار الأساسية والافكار الوسيطية وعلاقة ذلك بالموقف والافكار الاوتوماتيكية واستجابات الفرد، ثم تقدم المدربة مثالا تطبيقيا، يشارك فيه المشاركين داخل الجلسة ثم تقدم المدربة مخططا تفصيليا للمفاهيم المعرفية، وتناقشهم به.

- **وفي الجلستين السابعة والثامنة:** فقد تم توضيح معنى التشويهات المعرفية، وانواعها وعلاقتها بالاكتئاب، وتم توضيح ان هنالك تسعة انواع من التشويهات المعرفية وتم توضيح المقصود بقراءة الأفكار كأحد التشويهات المعرفية، وتم أعطاء أمثلة توضح كل تشويه معرفي وطلبت من المشاركين المشاركة بأمثلة واقعية، ثم ناقشت المدربة المشاركين بأمثلة أخرى، وأعطت تدريب خلال الجلسة التدريبية. ومن ثم قامت المدربة بتدريب المشاركين على عمل سجل لاضطراب التفكير، والذي يتضمن الموقف، والتفكير الاتوماتيكي، والانفعالات، والاستجابة التكيفية، والنتائج. ثم أعطي للمشاركين نموذجاً للتدرب عليه. ثم قامت المدربة بتدريب المشاركين على تحديد الافكارالمشوهة، وكيفية تحديد كل نوع من الأفكارالمشوهة كواجب بيتي.
- **أما في الجلسة التاسعة:** فقد تم تدريب المشاركين على كيفية مواجهة التشويهات المعرفية وتدريبهم على تخفيض مستوى الاكتئاب.

- **في الجلسة العاشرة:** فقد تم قياس شدة العاطفة لمعرفة الفكرة التلقائية وتم تعلم مراقبة وتسجيل المزاج اليومي حيث قام المشاركين من كبار السن بتسجيل برنامج النشاطات اليومية ثم مناقشته مع المدربة.

- **أما في الجلسات الحادية عشرة؛ الثانية عشرة والثالثة عشرة:** فقد تم تعلم توليد وجهات نظر وأفكار بديلة يتعلم الاعضاء هنا كيفية تبديل الفكرة التلقائية بفكرة بديلة أو متوازنة مع الاخذ بالاحتمالات السلبية والإيجابية اثناء الموازنة بين الحلول. وتعلم تفنيد الدليل مع أو ضد فكرة معينة ويتم ذلك من خلال تطبيق مجموعة من التمارين والامثلة المتشابهة للحوادث اليومية بنفس طريقة استخدام سجل الافكار. وتم تدريب المشاركين على كيفية تطوير البدائل للحل وتحديدها لكي تناسب المشكلات التي تواجه المشاركين. وتم تعليم

المشاركين كيفية وزن البدائل، واختيار البديل (صنع القرار)، حيث تم توضيح مهارة تقييم (وزن) البدائل، وتحديد النتائج الإيجابية والسلبية لكل بديل، وكيفية اختيار البديل الامثل.

- **أما في الجلسات الرابعة عشرة والخامسة عشرة والسادسة عشرة:** تم تدريب المشاركين على ممارسة واتقان مهارة الاسترخاء لاستخدامه في مواقف الاكتئاب وعدم التكيف النفسي والاجتماعي وذلك من أجل السيطرة على الأعراض الجسدية غير المريحة.

- **أما في الجلسة السابعة عشرة والختامية:** فقد اشتملت على ما تم تحقيقه، وقام المشاركين بعمل تقييم للبرنامج التدريبي. كما ناقشت المدربة مع المشاركين مدى تمكنهم وتطبيقهم لمهارات الاتصال على مواقف الحياة اليومية. ومن ثم عمل مراجعة عامة لتدريب المشاركين على الربط بين جميع خطوات حل المشكلات بشكل منظم ومتكامل، وعلى تعميم المشاركين ما تعلموه في الجلسات على ما يواجهونه من مشكلات في حياتهم اليومية. وبعد ذلك تم تطبيق الاختبار البعدي.

صدق البرنامج التدريبي:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق البرنامج وذلك بعرضه على (٦) من أعضاء هيئة التدريس في كلية العلوم التربوية في الجامعة الأردنية وجامعة اليرموك، وقد أشار المحكمون إلى ملائمة جلسات البرنامج التدريبي للهدف الرئيس للدراسة والمتمثل في تحسين التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب لدى كبار السن. كما أكد المحكمون على مناسبة التمارين والأساليب التي تم اختيارها لتدريب أفراد العينة.

إجراءات الدراسة:

قامت الباحثة بتطبيق مقاييس الدراسة (الاختبار القبلي) على أفراد الدراسة قبل البدء بتطبيق البرنامج التدريبي على العينة التجريبية وذلك لقياس مستوى التكيف النفسي والاجتماعي ومستوى الاكتئاب وقد استغرق التطبيق مدة (٦٠) دقيقة وبعد توزيع أفراد العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) حيث تكونت العينة التجريبية من (٢٥) مسن من عمر (٦٥) فما فوق، والعينة الضابطة تكونت من (٢٥) مسن أيضاً من عمر (٦٥) فما فوق، وتم تدريب العينة التجريبية على البرنامج التدريبي والمجموعة الضابطة لم تتلق أي تدريب على البرنامج التدريبي لتحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب، ولم تلتق بهم

الباحثة، وتم وضعهم على قائمة الانتظار، وتكون البرنامج التدريبي من (١٧) جلسة تدريبية بواقع ستين دقيقة لكل جلسة، وقد التقيت مع المجموعة في الفترة ما بين ٨/٤ – ٩/٢٩ من عام ٢٠١٠ بواقع ١٠ أسابيع، وكانت الجلسات بواقع جلستين أسبوعياً يومي الأحد والأربعاء الساعة ١٠ صباحاً.

وبعد إنتهاء البرنامج التدريبي قامت الباحثة بإعادة تطبيق البرنامج على المجموعتين التجريبية والضابطة لقياس مستوى التكيف النفسي والاجتماعي ومستوى الاكتئاب.

تصميم الدراسة:

تستخدم هذه الدراسة التصميم التجريبي، وذلك بهدف تحديد فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وفيما يلي تحديد لمتغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: – البرنامج التدريبي.

المتغيرات التابعة: – التكيف النفسي والاجتماعي.

– الاكتئاب.

المعالجة الإحصائية

قامت الباحثة باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين المشترك الأحادي (one way ANCOVA) وتحليل التباين المشترك المتعدد MANCOVA.

الفصل الرابع
نتائج الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج تدريبي قائم على العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الأكتئاب لدى كبار السن، وفيما يلـــي عرض لنتائج الدراسة:

السؤال الاول: ما فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين مستوى التكيف النفـــسي والاجتمـــاعي لدى كبار السن في (دار الضيافة لرعاية المسنين)؟

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدراسة في المجموعتين الضابطة والتجريبية على القياسات القبلية والبعديه والجدول (٢) يبين ذلك.

جدول ٢: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة التكيف الكلية القبلية والبعدية حسب المجموعة

المجموعة	قبلي		بعدي	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تجريبية	١٠٧،٥	١٦،٥	١٣٧،٦	١٢،٣
ضابطة	١٠٧،٦	١٦،٦	١١٣،٨	٢٢،٠
المجموع	١٠٧،٦	١٦،٤	١٢٥،٧	٢١،٤

يظهر من الجدول (٢) أن هناك فروقاً ظاهرية في درجات التغير في التكيف الكلي عند كبار السن في دور الرعاية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، حيث يظهر أن متوسط درجة التكيف قد تحسنت عند افراد المجموعة التجريبية من ١٠٧،٥ إلى ١٣٧،٦ في حين أرتفعت عند أفراد المجموعة الضابطة من ١٠٧،٦ إلى ١١٣،٨، ولفحص دلالة هذا الفرق في التغير فقد استخدم تحليل التباين المشترك الأحادي، والجدول (٣) يبين النتائج.

جدول ٣: تحليل التباين المشترك الأحادي لفحص فاعلية البرنامج في تحسين درجة التكيف الكلية لدى كبار السن في دار الضيافة لرعاية المسنين

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
القبلي	٣٧٤،٨١	١	٣٧٤،٨١	١،١٨	٠،٢٨٣
المجموعة	٧٠٤٤،٦٠	١	٧٠٤٤،٦٠	٢٢،٢١	٠،٠٠٠
الخطأ	١٤٩٠٦،٥٥	٤٧	٣١٧،١٦		
المجموع	٢٢٣٣٨،٠٨	٤٩			

تبين من النتائج في الجدول السابق أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ في درجة التكيف الكلية البعدية المعدلة بين افراد المجموعتين الضابطة والتجريبية فقد بلغت قيمة (ف) ٢٢،٢١، وظهر من المتوسطات الحسابية المعدلة، إن المتوسط البعدي المعدل للافراد الذين خضعوا للبرنامج كان أعلى من المتوسط للأفراد الذين لم يخضعوا للبرنامج، فقد بلغ المتوسط المعدل المجموعة التجريبية ١٣٧،٦، في حين بلغ المتوسط للمجموعة الضابطة ١١٣،٩. ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين درجة التكيف لدى كبار السن في دور الرعاية.

كما استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدراسة في المجموعتين الضابطة والتجريبية على القياسات القبلية والبعديه لكل من التكيف للتكيف النفسي والاجتماعي والجدول (٤) يبين ذلك.

جدول٤: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات التكيف النفسي والاجتماعي القبلية والبعدية والمعدلة حسب المجموعة

	المجموعة	قبلي		بعدي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التكيف النفسي	تجريبية	٥٢،٦٤	٩،٧٤	٦٧،٩٦	٧،٠٠
	ضابطة	٥٢،٤٨	٩،٧٦	٥٥،٨٨	١٣،١٨
	المجموع	٥٢،٥٦	٩،٦٥	٦١،٩٢	١٢،٠٩
التكيف الاجتماعي	تجريبية	٥٤،٨٨	١٠،٢٦	٦٩،٦٤	٨،٠٩
	ضابطة	٥٥،١٦	١٠،٢٩	٥٧،٩٦	١١،٤٥
	المجموع	٥٥،٠٢	١٠،١٧	٦٣،٨٠	١١،٤٥

يظهر من الجدول (٤) أن هناك فروقاً ظاهرية في درجة تحسن كل من درجات التكيف النفسي والاجتماعي عند كبار السن في دور الرعاية في المجموعتين الضابطة والتجريبية، حيث يظهر أن درجات التكيف النفسي والاجتماعي البعدية لدى الأفراد الذين خضعوا للبرنامج التدريبي قد أرتفعت بدرجة أعلى مقارنة بالأفراد الذين لم يخضعوا للبرنامج التدريبي، فقد أرتفع المتوسط البعدي لدرجة التكيف النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية من ٥٢،٦٤ إلى ٦٧،٩٦، في حين أرتفع متوسط التكيف النفسي لدى أفراد المجموعة الضابطة من ٥٢،٤٨ إلى ٥٥،٨٨. كما أرتفع متوسط التكيف الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من ٥٤،٨٨ في القياس القبلي إلى ٦٩،٦٤ في القياس البعدي، في حين أرتفع المتوسط لدى أفراد المجموعة الضابطة من ٥٥،١٦ في القياس القبلي إلى٥٧،٩٦ في القياس البعدي. ولفحص دلالة هذا الفرق فقد استخدم تحليل التباين المشترك المتعدد MANCOVA، والجدول (٥) يبين النتائج.

جدول ٥: تحليل التباين المشترك المتعدد لفحص فاعلية البرنامج في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى كبار السن في دار الضيافة لرعاية المسنين

المصدر	قيمة ولكس لامبدا	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
القبلي- تكيف نفسي	٠،٩٩	٠،١٥	٠،٨٦٤
القبلي- تكيف اجتماعي	٠،٩٤	١،٤٨	٠،٢٣٩
المجموعة	٠،٦٧	١٠،٩٤	٠،٠٠٠

تبين من النتائج في الجدول السابق ان هناك فاعلية ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ للبرنامج التدريبي القائم على العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى عينة من كبار السن في دور الرعاية فقد بلغت قيمة (ف) ١٠،٩٤، ولفحص فاعلية البرنامج في تحسين درجات التكيف النفسي والتكيف الاجتماعي كل على حده فقد استخرجت نتائج تحليل التباين المشترك لكل منهما والجدول (٦) يبين النتائج.

جدول ٦: تحليل التباين المشترك الأحادي لفحص فاعلية البرنامج في تحسين درجات التكيف النفسي والاجتماعي لدى كبار السن في دار الضيافة لرعاية المسنين

الاختبار البعدي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
التكيف النفسي	القبلي- تكيف نفسي	٣١،٩٠	١	٣١،٩٠	٠،٢٩	٠،٥٩٣
	القبلي- تكيف اجتماعي	٢٨٤،٢٧	١	٢٨٤،٢٧	٢،٥٨	٠،١١٥
	المجموعة	١٧٩٧،٥٩	١	١٧٩٧،٥٩	١٦،٣٤	٠،٠٠٠
	الخطأ	٥٠٥٩،٠٢	٤٦	١٠٩،٩٨		
	المجموع	٧١٦٧،٦٨	٤٩			
التكيف الاجتماعي	القبلي- تكيف نفسي	١٢،٥١	١	١٢،٥١	٠،١٣	٠،٧٢٣
	القبلي- تكيف اجتماعي	١٨٦،٢٤	١	١٨٦،٢٤	١،٨٩	٠،١٧٦
	المجموعة	١٦٨٥،١٩	١	١٦٨٥،١٩	١٧،١٣	٠،٠٠٠
	الخطأ	٤٥٢٦،٠٣	٤٦	٩٨،٣٩		

الاختبار البعدي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
	المجموع	٦٤٢٠،٠٠	٤٩			

تبين من النتائج في الجدول السابق ان هناك فرقا ذا دلالة احصائية عند مستوى ٠،٠٥ في درجة التكيف النفسي البعدية المعدلة بين افراد المجموعتين الضابطة والتجريبية فقد بلغت قيمة (ف) ١٦،٣٤، وظهر من المتوسطات الحسابية المعدلة أن المتوسط البعدي المعدل للافراد الذين خضعوا للبرنامج كان أعلى من المتوسط للأفراد الذين لم يخضعوا للبرنامج، فقد بلغ متوسط المجموعة التجريبية ٦٧،٩٢، في حين بلغ المتوسط للمجموعة الضابطة ٥٥،٩٢.

كما تبين أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى ٠،٠٥في درجة التكيف الاجتماعي البعدية المعدلة بين افراد المجموعتين الضابطة والتجريبية فقد بلغت قيمة (ف) ١٧،١٣، وظهر من المتوسطات الحسابية المعدلة في الجدول (٦) أن المتوسط البعدي المعدل للأفراد الذين خضعوا للبرنامج كان أعلى من المتوسط للأفراد الذين لم يخضعوا للبرنامج، فقد بلغ متوسط المجموعة التجريبية ٦٩،٦١، في حين بلغ المتوسط للمجموعة الضابطة ٥٧،٩٩. ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين درجات التكيف النفسي والتكيف الاجتماعي لدى كبار السن في دور الرعاية.

السؤال الثاني: ما فاعلية البرنامج التدريبي في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن في دار الرعاية (دار الضيافة لرعاية المسنين)؟

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلية والبعديه والمعدلة لدرجات الاكتئاب للمجموعتين الضابطة والتجريبية والجدول (٧) يبين ذلك.

جدول ٧: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الاكتئاب القبلية والبعدية حسب المجموعة

المجموعة	قبلي		بعدي	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تجريبية	٤٢،٠٨	٧،٦٥	٣٠،٨٨	٤،٨٩
ضابطة	٤٢،٠٨	٧،٦٥	٣٩،٥٢	٩،٤٦

المجموع	٤٢،٠٨	٧،٥٨	٣٥،٢٠	٨،٦٤

يظهر من الجدول (٧) أن هناك فروقاً ظاهرية في درجة انخفاض الاكتئاب البعديه عند كبار السن في دور الرعاية حسب المجموعة، حيث يظهر ان متوسط درجة الاكتئاب البعدية لدى الأفراد الذين خضعوا للبرنامج التدريبي قد انخفضت من ٤٢،٠٨ إلى ٣٠،٨٨ في حين انخفضت درجات الأفراد الذين لم يخضعوا للبرنامج التدريبي من ٤٢،٠٨ إلى ٣٩،٥٢، ولفحص دلالة هذا الفرق المتغير فقد استخدم تحليل التباين المشترك الأحادي، والجدول (٨) يبين النتائج.

جدول ٨: تحليل التباين المشترك الأحادي لفحص فاعلية البرنامج في خفض درجات الاكتئاب لدى كبار السن في دار الضيافة لرعاية المسنين

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
القبلي	٧،٠٥	١	٧،٠٥	٠،١٢	٠،٧٢٨
المجموعة	٩٣٣،١٢	١	٩٣٣،١٢	١٦،١٥	٠،٠٠٠
الخطأ	٢٧١٥،٨٣	٤٧	٥٧،٧٨		
المجموع	٣٦٥٦،٠٠	٤٩			

تبين من النتائج في الجدول السابق ان هناك فرقاً ذا دلالة احصائية عند مستوى ٠،٠٥ في درجات الاكتئاب البعدية المعدلة بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية فقد بلغت قيمة (ف) ١٦،١٥، وظهر من المتوسطات الحسابية المعدلة أن المتوسط البعدي المعدل للأفراد الذين خضعوا للبرنامج كانت أقل من المتوسط للأفراد الذين لم يخضعوا للبرنامج، فقد بلغ المتوسط المجموعة التجريبية ٣٠،٩، في حين بلغ المتوسط للمجموعة الضابطة ٣٩،٥. ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج التدريبي في خفض درجة الاكتئاب لدى كبار السن في دور الرعاية.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدراسة الحالية إلى قياس فاعلية برنامج تدريبي قائم على العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيض الأكتئاب لدى عينة من كبار السن في الأردن، وبعد أن تم استخراج نتائج الدراسة، سيتم فيما يلي مناقشة نتائجها.

مناقشة السؤال الأول: والذي ينص على ما فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى كبار السن في (دار الضيافة لرعاية المسنين)؟

حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات المجموعة التجريبية والضابطة، على الدرجة الكلية للتكيف النفسي، وعلى كل من مستوى التكيف النفسي والاجتماعي على حدا. وتتفق هذه النتيجة مع النتائج التي توصل إليها (Capuzzi, Gossman, Whistin, and Surdan, 1979)، واللذين أشاروا إلى ارتفاع في الاستجابات الإيجابية عند أفراد المجموعة التجريبية على مؤشرات التكيف مع الضغوطات والمشكلات اليومية بعد تطبيق برنامج سلوكي معرفي على عينة من كبار السن.

وتعلل الباحثة هذه النتيجة من خلال البرنامج التدريبي الذي قدمته إلى أفراد عينة الدراسة والذي شمل على خطوات منظمة هدفت إلى زيادة إحساس كبار السن في الإحداث السارة التي خبروها، لتعزيزها والزيادة من وجودها في حياة كبار السن، كما شمل البرنامج على جلسات تتصل بالتعبير عن مشاعر كبار السن، والتي من شأنها تقليل مستوى الضغط النفسي وتسهم في تعزيز الإحساس بمستوى من الإرتياح النفسي والاجتماعي مع معطيات البيئة الاجتماعية التي يتفاعلون معها بشكل مستمر. كذلك فإن البرنامج تناول إحدى المكونات الأساسية التي تسبب الضغوط النفسية لدى الأفرد بشكل عام، وهو التعامل مع طرق التفكير التي يمارسونها في تفسير الأحداث في محيطهم، والتي تكون مسؤولة حسب النظريات المعرفية عن إحساس الأفراد بالضغوط النفسية والذي تنعكس سلباً على مستوى تكيفهم الاجتماعي، فقد ركزت جلسات البرنامج التدريبي على تحديد التشوهات المعرفية لدى كبار السن، من خلال تدريبات متسلسلة ومنظمة، والعمل على تعديل هذه التشوهات، من خلال تقديم أمثلة للتعامل مع التشوهات المعرفية من قبل المدربة إلى جانب وجود واجبات بيئية هدفت إلى تحديد التشوهات

المعرفية وتعديلها خلال التفاعل مع إحداث الحياة اليومية. كما تم تـدريب المـشاركين علـى مهارات اتخاذ القرار لأهمية ذلك في تعزيز ثقتهم بأنفسهم، وزيادة وعيهم بطبيعة القرار ونتائجها قصيرة وطويلة المدى، الأمر الذي من شأنه أن يعزز إحساس كبار الـسن بمـستوى التكيـف النفسي والاجتماعي لديهم.

مناقشة نتائج السؤال الثاني: والذي ينص على "ما فاعلية البرنامج التدريبي في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن في دار الرعاية (دار الضيافة لرعاية المسنين)"؟

حيث أشارت النتائج المرتبطة بهذا السؤال إلى وجود فروق ذات دلالة إحـصائية بـين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب، حيـث انخفـضت متوسـطات المجموعة التجريبية، مما يشير إلى وجود فاعلية للبرنامج التدريبي في خفض مستوى الاكتئاب لدى كبار السن في دار الرعاية (دار الضيافة لرعاية المسنين)؟

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إلية العديد من نتائج الدراسات السابقة التي هدفت إلى التخفيف من مستوى الاكتئاب لدى كبار السن مثل دراسة (MaCarron, 1980) والذي أشـار إلى انخفاض في درجة الاكتئاب عند أفراد عينة الدراسة الذين طبق عليهم برنامج في العـلاج المعرفي السلوكي. كما وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة بارنيز (Barnes, 1989) وأشار لها (الطعاني، ٢٠٠٤) والذي توصل في دراسته إلى فعالية المعالجة النفسية باستخدام حل المشكلة في تقليل أعراض الاكتئاب. كما أيدت النتائج التي توصل إليهـا (Kemp, Corgiat, and Gill, 1992) نتائج الدراسة الحالية، والذي أشار إلى فاعلية الإرشاد المعرفي الجمعي في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من كبار السن.

كما تبين في نتائج دراسة لـوبيز وميرميلـستين **(Lopez, and Mermelstin,1995)** وجود تأثير للمعالجة المعرفية الجمعية باستخدام الاسـترخاء والتـدخل المعرفـي والتـدريب التدريجي في التقليل من مستوى الاكتئاب النفسي لدى كبار السن والذي يتفق مع ما تم التوصل إليه في نتائج الدراسة الحالية. وفي نفس السياق فقد عززت النتائج التي توصل إليها كـل مـن موريـاتي Moriaty (2002)، بيفـرز وميلـر Beevers & Miller (2005)، و بـاركلي Barclay (2007)، والعبسي (٢٠٠٧) حيث اكدت نتائج جميع هذه الدراسات إلى تأثير وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى كبار السن. وهذا يقودنا إلى الاسـتنتاج بـأن

العلاج المعرفي السلوكي مع كبار السن يسهم بشكل واضح في التقليل من مستوى الاكتئاب كما بينته نتائج الدراسة السابقة التي أجريت على فئات اجتماعية وعرقية مختلفة من كبار السن، وفي مراحل زمنية مختلفة، إلى أن معظم الدراسات أكدت فاعلية التدخل المعرفي السلوكي لتقليل من أعراض الاكتئاب.

وتعلل الباحثة هذه النتيجة بأن البرنامج الذي استخدمته شمل على مجموعة من الجلسات التي هدفت إلى تحديد التشوهات المعرفية في طرق التفكير، وزوت أفراد المجموعة التجريبيـــة بأساليب وتدريبات تسهم في تعديل طرق التعامل وتفسير الإحداث في محيطهم، والتـــي تكـــون مسؤولة حسب النظريات المعرفية عن إحساس الفرد بالاكتئاب ، فقد ركزت جلسات البرنـــامج التدريبي على تحديد التشوهات المعرفية لدى كبار السن، من خلال تدريبات متسلسلة ومنظمـــة، والعمل على تعديل هذه التشوهات، من خلال تقديم أمثلة للتعامل مع التشوهات المعرفية من قبل المدربة إلى جانب وجود واجبات بيئية هدفت إلى تحديد التشوهات المعرفية وتعـــديلها خـــلال التفاعل مع أحداث الحياة اليومية. والتركيز على التشوهات المعرفية المختلفة، والمواقف التـــي يمكن أن تظهر فيه التشويهات، وكيفية التعامل معها وتعديل أساليب التفكير الخاطئة.

التوصيات

من خلال نتائج الدراسة فأنه يمكن تقديم التوصيات الآتية:

١- إجراء مزيد من الدراسات لدى كبار السن تتناول مجموعة المتغيرات التي تؤثر على استقرارهم وتكيفهم النفسي مثل نوعية الحياة، والقلق، وقلق الموت.

٢- تبنى دور رعاية المسنين للخدمات النفسية بشكل أساسي، من ضمن الخدمات التي تقدم لهم، والاهتمام بالمعالجات النفسية لإعراض الاكتئاب، وعدم الاكتفاء بتقدم العلاج الدوائي لهم فقط.

٣- العمل على إنشاء النوادي الاجتماعية لكبار السن بحيث تشتمل هذه النوادي على برامج اجتماعية وترفيهية هادفه تدعم الاستقرار النفسي والاجتماعي لديهم وتساعدهم على التكيف مع المجتمع الذي يعيشون فيه.

٤- العمل على تدريب كوادر مؤهلة للعمل مع كبار السن كالأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين من أجل مساعدة النزلاء على تكيفهم في دور الرعاية.

المراجع

المراجع

المراجع

المراجع باللغة العربية:

- أبو سوسو ،سعيدة . (١٩٩١) .**الحاجات النفسية للمرأة المسنة** . مجلة علم النفس ، الهيئة العربية العامة للكتاب ،السنة الرابعة ،العدد ١٦ .
- باقادر، أبو بكر أحمد. (١٩٩٩). **كبار السن...عطاء بلا حدود.** ط١، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. المنامة، البحرين.
- البشير ،هيفاء .(١٩٨٩) .**المشاكل التي تواجه السادة كبار السن في المجتمع الأردني.**
- جبريل، موسى، (١٩٩٦). **العلاقة بين مركز الضبط وكل من التحصيل الدراسي والتكيف النفسي لدى المراهقين. دراسات**، العلوم التربوية، ٢٣، ٣٥٨-٣٧٧.
- جوهر، عادل موسى . (١٩٨٠) . **دراسة المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعيا بالمؤسسات** . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية ، القاهرة ، مصر .
- الحلقة الدراسية " نحو غد أفضل السادة كبار السن " ، الاتحاد العالم للجمعيات الخيرية بالتعاون مع الجامعة الأردنية .
- دائرة الإحصاءات العامة الأردنية. (٢٠١٠). **الإحصاء السنوي للسكان في الأردن،** مستمد بتاريخ ٢٠١٠/٩/٣٠ من نفس الدائرة.
- راشد ، سهام .(١٩٨٣) . **السمات الشخصية لكبار السن المقيمين في دور المسنين في الإسكندرية . رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإسكندرية.**

- السباسي ،هيفاء . (١٩٨٣) . **اثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف والشخصية عند كبار السن في الأردن** . رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ،الجامعة الأردنية ، عمان.

- شويكة ،منى . (١٩٩٤). **دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين** . دراسة مطبقة على المسنين بمدينة جدة ، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية للبنات ، جامعة الرياض ، السعودية.

- الطعاني، نايف. (٢٠٠٤). **أثر برنامج إرشاد جمعي في خفض حدة المشكلات وزيادة درجة الرضا عن الحياة لدى المسنين في دور الرعاية**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

- العبسي، بشرى جميل. (٢٠٠٦). **أثر برنامج إرشاد جمعي على العلاج المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من كبار السن**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

- عراقي ،صلاح الدين . (١٩٩١) . **سمات الشخصية لكبار السن المقيمين في دور المسنين بالإسكندرية** . رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإسكندرية .

- العزبي، مديحة . (١٩٨٢) .**اتجاهات المسنين نحو الشيخوخة وعلاقتها برضاهم عن الحياة.** المؤتمر الدولي الأول للصحة النفسية للمسنين .

- عكروش ، لبنى . (١٩٩٩) . **مشكلات كبار السن في المجتمع الأردني**. رسالة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة اللبنانية ، معهد العلوم الاجتماعية ، بيروت .

- العلي، تغريد، (٢٠٠٤). **أثر الطلاق في التكيف النفسي للمراهقين من أبناء المطلقين.** أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

- الفحل، نبيل. (٢٠٠٤). **الاكتئاب النفسي للمسنين**، الطبعة الأولى، القاهرة، جمهورية مصر العربية، مكتبة الأنجلو المصرية.
- فهمي ، محمد سيد . (١٩٩٩) . **تقويم برامج تنمية المجتمعات الجديدة** . المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية .
- قدومي، خولة . (١٩٩١). **مشكلات المسنين في الأردن في ضوء متغيرات الجنس والحالة الاجتماعية ومكان الإقامة** . رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة اليرموك،اربد.
- محافظة، وجيه (١٩٩٣). **مشكلات المسنين في دور الرعاية في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد.
- وزارة التنمية الاجتماعية. (٢٠١٠). **التقرير السنوي لوزارة التنمية الاجتماعية**، مديرية الأسرة، قسم الطفولة، عمان: الأردن.

المراجع باللغة الإنجليزية:

- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disovders**, Fourth Edition. Text Revision.
- At Water, Eastwood. (1990). **Psychology of Adjustment: Personal Growth in a Changing World**, Prentice Hall: New York.
- Baker, Barba Elaine, (1990). A Study of the Effect of a Six-week Counseling Group on well-being & Depression Scores & Rating of Self **-**Perceived Healthy of Elderly, African American Participants. **Dissertation Abstracts International**, No. 06A: 2125.
- Ball , Jillian , Et, Al. **(2000). Cognitive Behavior therapy And Assertion Training Groups For Patients With Depression And Comorbid Personality Disorders .** Journal of Behavioral and cognitive psychology .
- Baltes, M. M. & Lang, P. R (1997). **Everyday Functioning and successful Aging, The Impact of Resources. Psychology and Aging**, 12 (3), 433-443.
- Baltes, P. B., Freudn, A. M. & Ebne, N. C. (2006). Developmental Changes in Personal Goal Orientation from Young to Late Adulthood: From Strivings for Gains to Maintenance and Prevention of Losses. **Psychology and Aging**, 21, 664-678.
- Barclay, Laurie (2007). **Cognitive Behavioral Therapy May be Effective for Elderly with Depression, Arch Gen Psychiatry**. 66, 1332-1340.
- Beach, S. (1998). **The Bully Free Classroom: Over 100 Tip and Strategies for Teachers K-8,** Free Sprit Publishing.
- Beack A. T. and Weishaar M. E. (2000). In R. J. Corsini & D. Weddubg (Eds.), **Current Psychotherapies,** (6th ed.). Itasca, I1: F.E. Peacock.

- Bearon, L., (1996). Successful Aging: What Does the Good Life Look Like? Concepts in Gerontology The Forum N.C. State University, 1 (3). [Online]. Retrieved February, 16, 2007 form **http://www,ncsu.edu/ffic/publications/1996/vk0n3-1996-summer/successful-aging.php**
- Beaumont, J., Kenealy M. & Rogers, J. (1999). **The Blackwell Dictionary of Neuropsychology,** Oxford: Blackwell Publishers.
- Beck, A. (1985), Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects, New York: Harper Collins.
- Beck, A. T. (1970). **Depression: Causes and Treatment.** Philadelphia University of Pennsylvania, U.S.A.
- Beck, A. T. (2008). Knapp, P. Cognitive Therapy: Foundations, Conceptual Models, Applications and Research. 30 (2), 54-64.
- Beck, A. T. Bulter, A. C., Chapman, J. E. and Foreman, E. M. (2006). The Empirical Status of Cognitive – Behavioral Therapy: A Review of Meta – analyses. **Clinical Psychology Review** 62 (1), 17-31.
- Beck, A. T. Bulter, A. C., Chapman, J. E. and Foreman, E. M. (2006). The Empirical Status of Cognitive – Behavioral Therapy: A Review of Meta – analyses. **Clinical Psychology Review** 62 (1), 17-31.
- Beck, A.T. (1976). **Cognitive Therapy and Emotional Disorders.** New York: International Universities Press.
- Beck, Aaron T. Emery. Gray, Rush, John A. and Show, Brian, F. (1979). **Cognitive Therapy of Depression**. New York. Guilford Press.
- Beck, Aaron, T. (2008). The Evaluation of the Cognitive Model of Depression and it's Neurobiological Correlates. **Journal of American Psychiatry**, 165 (8), 969-977.
- Beck, Aaron. T (2005). The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective. **Archives of General Psychiatry.** 26 (9), 953-959.

- Beck, Aron T. (1967). **Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects.** London: Staples Press.
- Beck, J. S. (1995). **Cognitive Therapy: Basics and Beyond**. New York: Guilford Press.
- Beck, T. A. (1987). **Cognitive Therapy**. In J. K. Zeig (Ed.), The Evaluation of Psychotherapy. New York: Brummer/Mazel.
- Beck. A. T., Clark, D. A. and Alford, B. A. (1999). **Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression.** New York: John Wiley.
- Beck. A.T (1974). **Copying with Depression**. New York: Institute for rational living.
- Beevers, G. & Miller, W. (2005). Unliking Negative Cognition and Symptoms of Depression: Evidence of aspecific treatment Effect for Cognitive Therapy. **Journal of Consulting & Clinical Psychology**. 73, Issue 1, 68-78.
- Belkin, G.S., & Nass, Staley. (1984). **Psychology of Adjustment.** New York: Allyn and Bacon, Inc.
- Bell, M. & Goss, A. J. (2001). Recognition, Assessment and Treatment of Depression in Geriatric Nursing Home Residents. **Clinical Excellence Nurse Practice**, 5 (1), 26-36.
- Bellack. A. S. Hersen, M. and Kazdin, A. E. (1990). **International Handbook of Behavior Modification and Therapy.** (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Belsky, Janet. (1999). **The Psychology of Aging** (3rd Edit). New York: Brooks/Cole.
- Bier, D. (2008). Understanding Adjustment Psychology: Revealing why any Change- Happy or Sad- Can be Stressful. **http://pshchology. Suite101.com/article.cfm/understaning_adjusment_pyscholgy**.

- Bledenharn, P. J., & Normoyle J.B. (1991). Elderly Community Residents Reactions to The Nursing Home: An Analysis of Nursing Home- Related Beliefs, **Gerontologist** 31, 107-115.
- Boeree, C., G. (2006). Sigmund Freud http://webspace.ship.edu/cgboer/frud.html
- Bohlmeijer, E., Smith, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of Reminiscences and Life Review on Late-Life Depression: A Meta-Analysis. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 18 (12), 1088-1094.
- Bolda, E. J., Coburn, A. F., Keith, R. G., Thompson, W. D. & Korsen, N. (1998). Treatment and Accustoms among Rural and Urban Nursing Home Residents with Depression. Edmund. S. Muskie School of Public Service, Maine Rural Health Research Center. Portland, ME. [On Line]. Retrieved June, 1, 2008 from: http://www.muskie.usm.maine.edu/ihp/ruralhealth/pdf/wp12.pdf
- Brawn, J. E., & Pate, P.O. (1981). **Being a Counselor**, Monterey: Brooks Publisher.
- Burns, D. (1980): **Feeling Good, The New Mood therapy.** Penguin Books.
- Burns, D. D. (1990). **Feeling Good: The New Mood Therapy.** New York: Quil Harper Collins Publishers.
- Burnside, I., (1984). **Working with The Elderly: Group Process and Techniques,** (2nd) Montereg, California Wad Sworth Health Sciences Division.
- Butler, R., & Lewis, M. (1977). **Aging and Mental Health** (2nd ed.), St. Louis: Mosby.
- Calhoum, J. F., Acccella, J. F. (1990). **Psychology of Adjustment and Human Relationships**. New York: MC Grown- Hill.

- Capuzzi, Dave, Gossman, Larry. Whistin, Sue & Surdan, Joy. (1979). Group Counseling for A dge Women, **Journal of the Personal and Guidance,** 57 (6) 306-309.
- Christensen, J. Edwards L. Moran, Burke, R. Lansbury, P. and Gordon, E. Ellen. (1999). **Cognitive Therapy and Research**. Cognitive distortion and Functional Impairment in Patients Undergoing Cardiac Rehabilitation. Vol 23.
- Clarizio, Harreye, F. (1989). **Assessment and Treatment of Depression in Children and Adolescents, Clinical Psychology Publishing**. Brandon.
- Cohen, R. J. (1994). **Psychology of Adjustment: Values. Culture and Change**.
- Corey, G. (2004). **Theory and Practice of Group Counseling,** (6th ed.). Pacific Grove. CA: Brooks/Cole.
- Corey, G. (2005). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy.** (7th ed.). U.S.A: Thomson, Brooks/Cole.
- Corey, Gerald (1996). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**. U.S.A: Brooks/Cole publishing Company.
- Corey, Gerald (2008). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy.** (8th ed.). U.S.A: Brooks/Cole.
- Corey, Gerald, (2009). **Case Approach to Counseling and Psychotherapy**. (7th ed). U.S.A: Thomson- The Stare Long, Brooks/Cole.
- Cormier, S., Nurius, P. S. and Miller, G. R. (2003). **Interviewing and Change Strategies for Helpers: Fundamental Skills and Cognitive-Behavior Interventions**, (5th ed.). Brooks/Cole, Cengage Learning..
- Craighead, W., Kennedy, R., Raczynski, J. and Dow, M. (1984). Affective disorders: Unipolar, **Adult Psychopathology and Diagnosis**, N.Y. Wiley, 184-244.

- Cumming, E. (1963). Further thoughts on the Theory of Disengagement. **UNESCO International Science Journal**, 15, 377-393.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). **Growing Old: Process of Disengagement.** Basic Books: New York.
- Dattilio, F. M., and Freeman, A. (2000). **Cognitive – Behavioral Strategies in Crisis Intervention** (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Davis, D, & Boster, H. (1992). **Cognitive behavioral expressive interventions with aggressive and resistant youths**, Child welfare, 71,6, 557-573.
- Erikson, E. H. (1994). **Identity and the life**. New York, N.y: Norton & Company Inc.
- Freedman, V.A. (1996). Family Structure and the Risk of Nursing Home Admission. **Journal of Gerontology**. 51B (2), 561-569.
- Gallagher, D., Thompson, L. W. Baff, G., Piatt, C., Ringering, L., & Stone, V. (1981). **Depression in the Elderly: A Behavioral Treatment Manual.** The Ethel Percy Andres Gerontology Center.
- Galt,C. (2000). Impact of Stress Inoculation on Performance Efficacy Linked to Instrumental Activities of Daily Living. **Dissertation Abstracts International.** 60.9,P.4920.
- Gambrill, E. L. (1991). Behavior Modification**:** HandBook of Assessment **Intervention and Evaluation**, Jossey –Bass Publishers.
- Glasser, W., (1984). **Take effective Control of Your Life**. New York: Harper & Row.
- Harris, Diana, K. (1990). **Sociology of Aging,** New York : Harper & Row.
- Hersen, M. and Bellack, A. (1985). **Handbook of Clinical Behavior: Therapy with Adults.** Plenum Press: New York.
- Hurlock, B. (1981). **Developmental Psychology: A life Span Approach,** New York. McGraw Hill Inc.

- Janet A. (1994. **Human Adjustment.** Wisconsin, Brown and Benchmark.
- Jocie. Tomhave, et al. (2000).**Self-management therapy and Educational Group therapy for Depressed Elder.** Congnitive therapy and Research, vol.24.No.1 pp99-119.
- Johnes, Pulos, S. (1993). Comparing the Process in Psychodrama and Cognitive Behavioral Therapies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.**
- Krishnan, Mc Quoid, et al . (2004)**. Medical comorbidity in Late-life depression.** Journal of Geriatric Psychiatric. No.19.PP 935-943.
- Kunik, Mark, E., Braun, U., Stanley, M. A., Wristers, K., Molinari, V. Staobner, D. (2001). One Session Cognitive Behavioral Therapy for Elderly Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Psychological Medicine**, 31 (4) 717-723.
- Kurloicz L., Greenberg SA. (2007). **The Geriatric Depression Scale (GDS).** [On line]. Retrieved January, 12, 2007 from http://www.hartfordign.Org.
- Larsen, J. (1990). Cognitive behavioral group therapy with delinquent adolescents: A Cooperative approach with the juvenile court. **Journal of offender counseling, services and rehabilitation.** 16.2,47-64.
- Lazarus, R. S. (1961). **Adjustment and Personality.** Author. Publisher: McGraw-Hill. New York.
- Lazarus, Richard, & Monat Alan. (1986). **Stress & Coping: Some Current Issues,** 2nd edition, Stress and Copying Anthology, New York: Colombia University.
- Levin, C. A., Wei, W., Akincigil, A., Lucas, J. A., Bilder, S., & Crystal, S. (2007) **Prevalence and Treatment of Diagnosed Depression among Elderly Nursing Home Resident in Ohio,** 8(9), 585-94.

- Little, Jones. (2002). **The Use of Reminiscence therapy for the treatment of depression in Rural – Dwelling older adults.** Issues in Mental Health Nursing.
- Lopez, M. A., & Mermelstin R. J. (1995). A Cognitive – Behavioral Program to Impro Geriatric Rehabilitation Outcome. **The Gerontologist,** 35, 696-700.
- Maccarron, John Ashley, (1980). The Relative Efficacy of Cognitive Therapy & Chemotherapy for the Treatment of Depression Among Retired Elderly. **Dissertation Abstracts International,** 41.No. 06B: 2334.
- Manni, M. K. (2000). **Trends among the Elderly in Jordan**. Unpublished Thesis, McGill University, Montreal: Canada.
- Meeks, S., & Sanders, M. (2008). **Evaluation a Behavioral Activities Treatment Program for Depressed Nursing Home Residents.** National Institute of Mental health, United States, Kentucky. (On Line). Retrieved June, 1, 2008 for: http://www. Clinictrials.gov/show/NCT00536406.
- Mikels, J. A. & Carstensen, L. L. (2005). At The Intersection of Emotion and Cognition: Aging and the Positivist Effect. **Current Directions in Psychological Science, 14, 117-121.**
- Miller, W. and Seligman, M. (1983). Depression and the Perception of Reinforcement. **Journal of Abnormal Psycholgy.** 82. 62-73.
- Moriaty, D.(2002). Effects of Disputation Strategies in Rational Emotive Behavior Therapy on Treatment of Depression. (Doctroal Dissertation), Hofstra University. **Dissertation Abstract International**, 63, (1), 541.
- Nardi, C. (1994). **Adjustment disorder of conscripts as a military phobia, Military Phobia**, 159, 9, 612-616.

- Nischke, Jack, E, et al., (2001). Distinguishing Dimensions of Anxiety and Depression. **Journal of Cognitive Therapy and Research,** Vol. 25 (1), 1-22.
- Oltmanns, T. and Emery, R. (2004). **Abnormal Psychology.** (2nd ed.). Prentice Hall, Inc. A Division of Pearson Education. Upper Saddle River: New Jersy.
- Papalia, Diane D., Sterns, Harvely L., Feldman Ruth Duskin & Comp, Cameron J. (2002). **Adult Development and Aging** (2nd edit), McGraw Hill.
- Protas, Olson, et al. (2005) . **Physical – Performance Tests to Evaluate Mobility Disability in community – Dwelling Elder.** Journal f Aging and Physical Activity , 13.pp.184-197.
- Redick, R., & Taube, c. (1977). **Demography and Mental Health Care of the Aged.** In J. Birren & R. Sloan (Eds.), Handbook of Mental Health and Aging, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Rimmy, D. C. and Master, J.C. (1979). **Behavior Therapy. Academic Press.** New York.
- Rizzo, Roenker, et al . (2005). **The Effect of Physical Activity and sedentary Behavior on cognitive Health in older adults.** Journal of Aging and physical Activity . No.13.pp.294-313.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. **Gerontologist**, 37, 433-440.
- Schwebel, Andrewl Barocas, Hatvey. A. Reichman, Walters, and Schweberl, Milton (1990). **Personal Adjustment and Growth**. New York.
- Sharf, R. (1996). **Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases.** USA: Brook Cole Publishing Company.
- Sharf, Richard S. (2000). **Theories of Psychotherapy and Counseling.** Second edition. Brook Cole.

- Silverstein, M., & Parker, M. G. (2002). Leisure Activities and Quality of Life among the Oldest Old in Sweden. **Research on Aging,** 24 (5), 528-547.
- Simons, S. A. Kalichman, S. and Sautrock, J. W. (1994). **Human Adjustment,** Brown and Benchmark, Madison.
- Sluaghter, H. (2004). **Art Therapy for Older Adults**. New York: Congressional Record – Extension of Remarks.
- Thomas, Granswick. (2005). **Elder Care and the Complexities of Social Networks.** Statistic Scarada – catalogue No.11-008pp.10-15.
- Thompson, Rosemary, A. (2004). **Crisis Intervention and Crisis Management: Strategies that Work in Schools and Communities**, (1st ed.). Brunner –Routledge: New York.
- Wilson, John (1994). **The Need for an Integrative Theory of Post-Traumatic Stress Disorder.** In: Willims, M. and Sommer, J., Handbook of Post traumatic Theory. 1-18. U.S.A.

الملاحق

ملحق (١)

أسماء الخبراء والمحكمين

المقاييس	البرنامج
أ. د. نسيمة داوود	أ. د. نسيمة داوود
أ. د. نزيه حمدي	أ. د. نزيه حمدي
د. عادل طنوس	د. عادل طنوس
د. إبراهيم باجس	
د. انمار الكيلاني	
د. قاسم سمور	د. قاسم سمور
د. نايف الطعاني	
د. إبراهيم المومني	
د. هشام الدعجة	
أ. د. جميل الصمادي	أ. د. جميل الصمادي
د. جيهان مطر	د. إبراهيم زريقات

ملحق (٢)

البرنامج التدريبي

الأهداف العامة للبرنامج

١- توعية كبار السن بأساليب التفكير المختلفة وأثرها على السلوك.
٢- مساعدة كبار السن في التعرف على التشويهات المعرفية المختلفة المسببة للاكتئاب وسوء التكيف النفسي والاجتماعي.
٣- مساعدة كبار السن في تحديد انواع التشويهات المعرفية والأفكار اللامنطقية.
٤- تعريف كبار السن بأساليب التكيف النفسي والاجتماعي ومواجهة التشويهات المعرفية.
٥- تدريب كبار السن على الاسترخاء وأهميته في تحسين التكيف النفسي والاجتماعي لديهم.
٦- مساعددة كبار السن على ما تعلموه في البرنامج التدريبي على أحداث الحياة اليومية.
٧- ان يساعد البرنامج أعضاء المجموعة على خفض مستوى الاكتئاب.
٨- مساعدة أعضاء البرنامج التدريبي في التعرف إلى أخطاء التفكير المختلفة.
٩- مساعدة أعضاء البرنامج التدريبي على أساليب مواجهة أخطاء التفكير.
١٠- مساعدة أعضاء البرنامج التدريبي في التعبير عن مشاعرهم بطريقة واضحة.

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة
الأولى	تمهيد وتعارف	٦٠ دقيقة
الثانية	التشاؤم والاكتئاب	٦٠ دقيقة
الثالثة	التعرف إلى حوادث محددة سارة لزيادتها على إحساس يومي	٦٠ دقيقة
الرابعة	التعبير عن المشاعر	٦٠ دقيقة
الخامسة	كيف نفكر؟ (الأفكار غير الوظيفية)	٦٠ دقيقة
السادسة	التعرف على نماذج التفكير المتكررة وغير المساعدة	٦٠ دقيقة
السابعة	التشويهات المعرفية	٦٠ دقيقة
الثامنة	قراءة الأفكار	٦٠ دقيقة
التاسعة	التشويهات المعرفية	٦٠ دقيقة
العاشرة	قياس شدة العاطفة (الانفعال) لمعرفة الفكرة التلقائية	٦٠ دقيقة
الحادية عشرة	الأفكار البديلة (١)	٦٠ دقيقة
الثانية عشرة	الأفكار البديلة (٢)	٦٠ دقيقة
الثالثة عشر	الأفكار المتوازنة	٦٠ دقيقة
الرابعة عشر	الاسترخاء (١)	٦٠ دقيقة
الخامسة عشر	الاسترخاء (٢)	٦٠ دقيقة
السادسة عشر	الاسترخاء (٣)	٦٠ دقيقة
السابعة عشر	الجلسة الختامية	٦٠ دقيقة

الجلسة الأولى

تمهيد وتعارف

الأهداف:

١- الاستقبال والترحيب بأعضاء البرنامج التدريبي، وان تقدم المدربة نفسها لهم وتتعرف عليهم.

٢- خلق جو من الألفة والمودة بين أعضاء البرنامج التدريبي.

٣- شرح طبيعة البرنامج التدريبي من حيث: الأهداف، والواجبات، والتدريبات.

٤- مناقشة عوامل نجاح البرنامج التدريبي وهي: (الالتزام، وتوقعات المدربة، والأعضاء، والمسؤولية، والمشاركة في صنع القرارات، والتقبل، والجاذبية، والانتماء، والشعور بالأمن، والتوتر، ومعايير الجماعة).

٥- مناقشة دور المدربة، ودور الأعضاء.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١) تستقبل المدربة أعضاء البرنامج التدريبي في مكان مريح، ومعد خصيصاً لإجراء جلسات البرنامج التدريبي، حيث يتميز هذا المكان بالهدوء، والراحة، وان تكون الغرفة عازلة للصوت قدر الإمكان، واسعة بشكل كافٍ، وتكون الجلسة بشكل دائري من أجل التواصل اللفظي وغير اللفظي، وترتب المدربة الجلسة بحيث يتمكن كل عضو من رؤية الأعضاء الآخرين، وان تكون مؤثثة بشكل جيد ومناسب ومريح.

تقول المدربة:

" أرحب بكم جميعاً في هذا البرنامج التدريبي". وتقوم المدربة بالتعريف على نفسها بقولها: "أنا المدربة النفسية والتربوية عبير عبده مدربة في مجال الإرشاد النفسي، أعمل أخصائية نفسية وأحب العمل مع كبار السن، لدي اهتمام بعمل البرامج التدريبية والإرشادية في مجال تخصصي، ولدي اهتمام بمساعدة الآخرين".

ومن أجل التعارف بين أعضاء البرنامج التدريبي على بعضهم بعضاً نقوم بعمل تمرين تعارف، ليشعر الأعضاء بالراحة، ويتمتعوا بصحبة بعضهم البعض.

تقول المدربة:

"أسمي عبير، والذي بعدي يقول اسمي عميد، واسمي محمود، ويأتي دور الثالث... وهكذا. وتكون آخر خطوة في التمرين هي ان تذكر المدربة أسماء كل الأعضاء. مثال: (نبدأ من عميد، محمود، .... وأنا عبير). وتطلب المدربة من الأعضاء ان يقدم كل واحد نفسه للآخرين وان يذكر سبب مجيئه إلى جلسات البرنامج التدريبي هل كانت بدافع منه أم لا؟

مثال: "أنا أسمي حسين، جئت برغبة من نفسي وعندي دافعية لذلك".

٢) تطلب المدربة من كل عضو من أعضاء البرنامج التدريبي ان يعرف على نفسه، وهواياته، وتشجع الأعضاء على المشاركة الإيجابية بأفكارهم وآرائهم وخبراتهم، وتسألهم عن استفساراتهم.

٣) توضح المدربة طبيعة البرنامج، وأنه موجه لفئة كبار السن من أجل مساعدتهم على تحسين الحالة النفسية لديهم، كما تناقش معهم أهداف البرنامج وتبدأ بالهدف الأول وتستمر حتى الهدف الأخير، وتعرفهم بعدد الجلسات وزمنها والوقت المخصص لكل جلسة حيث يقول: "أن البرنامج يتكون من ١٧ جلسة، وكل جلسة زمنها ٦٠ دقيقة"، ويمكن الاتفاق معهم على أي تعديل في الأوقات بما يناسبهم ويناسب ظروف المدربة.

ويعتبر البرنامج التدريبي ذا فائدة للكبار، والصغار، وللأصحاء، والمرضى، وهو ذو فاعلية في معالجة العديد من المشكلات النفسية ، والسلوكية، والدراسية، والمشكلات الاجتماعية، والمهنية، وغيرها من المشكلات.

فالبرنامج التدريبي عملية تفاعلية بين المدرب ومجموعة أعضاء يعملون على التعبير عن ذاتهم ومشكلاتهم، أثناء الجلسة التدريبية، حيث أنهم يعانون من مشكلة واحدة، ويساهمون كذلك أثناء وجودهم معاً لدعم بعضهم بعضاً أثناء حديثهم عن مشكلاتهم، ويتعلمون الإصغاء لبعضهم البعض.

وتناقش المدربة توقعات الأعضاء من البرنامج ومدى تلبية البرنامج لحاجاتهم، وأية موضوعات يرغبون في مناقشتها. وأنها ستبذل جهدها في إكسابهم المهارات المطلوبة لتحسين التكيف النفسي لديهم، وهذا يتطلب في بعض الأوقات ان يكون لديهم بعض

الواجبات البيتية، وبعض النشاطات والتي من الضروري القيام بها لمساعدتهم على تحقيق أهداف البرنامج وامتلاك المهارات المطلوبة.

وتوفر المجموعة نوعاً من العلاج الوقائي، حيث يمكن للأعضاء ان يسمعوا تجارب الآخرين وهم يناقشون مشاكلهم، تلك المشكلات التي لم يواجهوها من قبل في حياتهم. ويتعلم الأعضاء من أعضاء البرنامج التدريبي جوانب كثيرة فهي تكسبهم مزيداً من الثقة بالذات، وتضفي عليهم روح التعاون، والتفاعل، والانسجام مع الآخرين. وان اشتراك أعضاء المجموعة في المناقشة والاستماع يقلل من تمركز الأعضاء حول ذواتهم، ويشعرهم بالأخذ والعطاء، واختيار الانماط السلوكية البديلة، وتعميمها إلى مواقف الحياة اليومية، خصوصاً ان هناك الكثير من الأفراد يعانون من صعوبات وهموم ومشاكل مماثلة.

و"توضح المدربة الأهداف العامة للبرنامج التدريبي والتي تتلخص فيما يلي:

١- توعية كبار السن بأساليب التفكير المختلفة وأثرها على السلوك.
٢- مساعدة كبار السن في التعرف على التشويهات المعرفية المختلفة المسببة للاكتئاب وسوء التكيف النفسي والاجتماعي.
٣- مساعدة كبار السن في تحديد انواع التشويهات المعرفية والأفكار اللامنطقية.
٤- تعريف كبار السن بأساليب التكيف النفسي والاجتماعي ومواجهة التشويهات المعرفية.
٥- تدريب كبار السن على الاسترخاء وأهميته في تحسين التكيف النفسي والاجتماعي لديهم.
٦- مساعددة كبار السن على ما تعلموه في البرنامج التدريبي على أحداث الحياة اليومية.
٧- أن يساعد البرنامج أعضاء المجموعة على خفض مستوى الاكتئاب.
٨- مساعدة أعضاء البرنامج التدريبي في التعرف إلى أخطاء التفكير المختلفة.
٩- مساعدة أعضاء البرنامج التدريبي على أساليب مواجهة أخطاء التفكير.
١٠- مساعدة أعضاء البرنامج التدريبي في التعبير عن مشاعرهم بطريقة واضحة.

ثم تعرض المدربة المهارات التي سيركز عليها البرنامج، وهي: مهـــارات الاســـترخاء، والتعرف على التشويهات المعرفية، وطرق التعامل مع هذه التشويهات المعرفية، والتفكير الإيجابي، ومهارة التعبير عن المشاعر.

وتلخص المدربة الجلسة وتختمها بالتذكير بالقواعد الهامة في البرنامج وتؤكد على:

١- احترام آراء زملائهم مهما كانت تختلف عن آرائهم أو غير منسجمة معها.
٢- الحرص على أداء الواجب البيتي المطلوب.
٣- الإصغاء للآخرين والمدربة أثناء الحديث.
٤- الالتزام بسرية المعلومات الشخصية التي يدلي بها أعضاء المجموعة وعدم نـــشرها أمام الآخرين.
٥- المشاركة في النشاطات المختلفة التي تحصل أثناء الجلسة التدريبية.
٦- أهمية المواظبة وحضور الجلسات التدريبية في الزمان والمكان المحددين.

٤) **تقول المدربة:** "أن نجاح البرنامج التدريبي والاستفادة منه مرتبط بعدة أمور منها:

١. **الالتزام:**

ويشمل تقبل أفكار الآخرين من أعضاء المجموعة واحترامها، وتقبل المساعدة منهم، وتطبيق ما تم الاتفاق عليه من مهارات تدريبية، والمواظبة والحضور، والمشاركة حيث ان البرنامج التدريبي سوف يتكون من سبعة عشرة جلسة تستمر كل جلـــسة ساعة، يتخللها استراحة لمدة عشر دقائق.

٢. **توقعات المدربة والأعضاء:**

تعرض المدربة توقعاتها من أعضاء البرنامج التدريبي، فتركز على أهمية الالتزام بالحضور في الموعد المحدد، وأبداَء الرغبة في المشاركة في جلـــسات البرنـــامج التدريبي، وتركز على ان البرنامج عبارة عن سلسلة من الجلسات، كل جلسة تمثل مهارة معينة.

وتطلب المدربة من الأعضاء ان يتحدث كل منهم عن توقعاتـــه حـــول البرنـــامج التدريبي، وما هي الأشياء التي يعتقدون أنهم سوف يحققونها من خلال اشتراكهم في البرنامج.

ويستفيد أعضاء المجموعة من المجموعة عندما يكونون على علم، وفهم بمـــا يتوقـــع منهم، وما الذي يتوقعونه من الآخرين، فقد يتوقع أعــضاء المجموعـــة ان يحقـــق البرنامج التدريبي الحرية في التعبير عن المشاعر، والأفكار، والانفعالات، ســواء الإيجابية أو السلبية، في جو ودي متسامح، قابل للنقاش بـــين أفـــراد المجموعـــة، والفرصة الكافية لمناقشة مشكلاتهم، ومشكلات الآخرين بشكل بناء.

٣. **التقبل:**

أن شعور العضو بأنه مقبول من قبل الأعضاء في المجموعة يزيد مـــن تقـــديره لذاتـــه، ويشجعه على تغيير سلوكه، ويحدث التقبل عندما يحـــس العـــضو بالانتمـــاء، والـــدفء، والصداقة، والراحة مع الجماعة، فعندما يجد جماعة تتقبله بعض النظر عن أخطائه السابقة وبدون شروط فإن ذلك سيجعله يثق بقدرته على حل مشكلاته، ويصبح أكثر رغبـــة فـــي العلاج، وأن يشعر بالعضو بالأمن النفسي وأنه لن يتعرض لنقد أو استهزاء من أحد.

٤. **الجاذبية:**

تكون المجموعة جذابة لأعضائها عندما يكون أعضاؤها موضع احترام وتقبل، وعنـــدما يتشابه الأعضاء فيها في مشكلاتهم، وعمرهم، وقدراتهم العقلية، وعندما تكـــون صـــغيرة لدرجة تسمح لأعضائها أن يتواصلوا بشكل فعال، وعندما تزود بفرص الحياة الاجتماعية، والصداقة الشخصية القريبة.

٥. **المسؤولية والمشاركة في صنع القرارات:**

يجب أن يتحمل كل عضو مسؤولية ما يقوله، وما يقوم بـــه داخـــل أعـــضاء البرنـــامج التدريبي، حيث يتحمل كل عضو مسؤولية أداء الواجبات والتدريبات الملقاة على عاتقه ولا يعزو تقصيره للآخرين أو للظروف، ويتحمل العضو مسؤولية مـــا يتحـــدث عنـــه فـــي الجماعة، ومسؤولية المعلومات التي يسمعها فلا يطلع الآخرين عليهـــا؛ يجـــب احتـــرام الخصوصية لأعضاء البرنامج التدريبي، ويتحمل كل عضو مسؤولية حضوره، كما يتحمل مسؤولية التواصل والتفاعل مع الأعضاء والدعم وعدم المقاطعة، ويتحمل مسؤولية التعبير عن ذاته.

٠٦ **الانتماء:**

الشعور بالانتماء يزيد من الألفة عند مناقشة المواضيع والدعم الذي يحصل عليه العضو من زملائه الأعضاء في المجموعة نفسها.

٠٧ **الشعور بالأمن النفسي:**

فكلما زاد إحساس العضو بالأمن كان من السهل عليه أن يكون منفتح وشفاف، عندما يشعر الأعضاء بالأمن النفسي ضمن أعضاء البرنامج التدريبي يمكنهم ان يناقشوا المشكلات التي تزعجهم بانفسهم، ويمكنهم تقبل ردود فعل الآخرين الواضحة نحوهم، وإيصال مشاعرهم الصادقة، ومن خلال الشعور بالأمن النفسي يشعر العضو أنه من السهل عليه التعلم من رفاقه، وان الأعضاء الآخرين يزودونه باستجابة دون رقابة وأكثر واقعية له، وأنهم يتقبلونه بأقل تهديد ويزودونه بالتغذية الراجعة التي تمكنه من ان يتفاعل مع الآخرين وتدعمه، وان يسمعوا ويتقبلوا مشكلاته كما هي حقيقة ويقدمون له المساعدة عند مناقشة المشكلات التي يواجهها.

٠٨ **التوتر:**

ويجب أن يكون هناك توتر؛ ليحدث تغيراً ولكن ليس كثيراً بحيث يعيق استخدام الفرد لمصادره الخاصة في التغير المطلوب، وكون الأعضاء في أعضاء البرنامج التدريبي، يشمل دوماً توتراً بسيطاً.

٠٩ **معايير أعضاء البرنامج التدريبي:**

المعايير هي: وسائل مميزة للسلوك في داخل المجموعة، ووظيفة المعايير في أعضاء البرنامج التدريبي هي تنظيم أداء المجموعة، ومن المعايير التي يمكن ان نتفق عليها:

١- الانتماء: كل عضو موجود هنا فهو ينتمي لنا.

٢- ما يعتبر صحيحاً مسألة داخلية للفرد نفسه.

٣- أهمية الاستماع الفعال (الاستماع للعضو المتكلم شعورياً، ووجدانياً)، والاستفادة من تجارب الآخرين.

٤- ان يحاول كل عضو ان يكون أكثر مستوى من الصدق والأمانة، والتعبير عن الذات.

٥- سرية ما يجري داخل أعضاء البرنامج التدريبي.

٦- المشاركة الجماعية بالقرارات.

٧- مسؤولية المرشد قائد المجموعة عن حماية الأعضاء أثناء حديثهم ومنع حدوث التشويش.

٨- المحافظة على نظافة وترتيب المكان."

٥) تقول المدربة: "أن دوري كمرشدة في أعضاء البرنامج التدريبي، هو قائدة، وأدير الجلسات بالطريقة المناسبة، وأحافظ على سلامتكم، وحمايتكم من أي إساءة، وأحافظ على وقت الجلسة، وأعطي التعليمات بوضوح، وأشجع ولا أهين أحداً، وأن أكون مصغية (مستمعة)، ومتقبلة، وملخصة لما يدور في الجلسات التدريبية، ومتعاطفة، وأعمل على بناء جو من الصراحة والانفتاح، وأشجعكم على المشاركة الإيجابية بأفكاركم وآرائكم وخبراتكم الذاتية، وسأكون مرنة، وأتأكد من ان قواعد الجلسة مطبقة بالطريقة المناسبة.

ودوركم كأعضاء في أعضاء البرنامج التدريبي فهو: تشجيع بعضكم البعض على تحمل المسؤولية في القيام بأعمالكم.

في نهاية الجلسة تقوم المدربة بعمل ملخص لما دار في الجلسة. ومناقشة بينها وبين أعضاء البرنامج التدريبي حول أية أفكار لديهم، وتتيح المدربة للأعضاء فرصة التعبير عن مشاعرهم تجاه هذه الجلسة، وتقوم بنمذجة ذلك، فتتحدث عن أفكارها، وتصف مشاعرها عن جلسة اليوم، وتشكر الأعضاء على الحضور والاهتمام والحضور والمشاركة.

الواجب البيتي:

ثم تعطي المدربة واجباً بيتياً للأعضاء.

تقول المدربة: سأطلب منكم في نهاية كل جلسة واجباً تقومون به وتحضرونه للجلسة التالية.

سيكون واجب اليوم كالتالي: أريد من كل واحد منكم ان يتحدث لي في الجلسة القادمة عن انطباعه عن جلسة اليوم، من ناحية أفكاركم ومشاعركم واستفسارتكم أو أي شيء يخطر ببالكم، وسنناقش انطباعاتكم في الجلسة المقبلة.

الجلسة الثانية

التشاؤم والاكتئاب

الأهداف:

١- توضح المدربة للأعضاء ما المقصود بالتشاؤم وانخفاض الروح المعنوية.

٢- توضح المدربة للأعضاء أسباب الشعور بالتشاؤم.

٣- توضح المدربة للأعضاء أعراض التشاؤم.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١) تبدأ المدربة الجلسة بالترحيب بالأعضاء وشكرهم على مجيئهم والتزامهم بالمواعيد، وتبدي استعدادها للإجابة عن أية استفسارات.

٢) تناقش المدربة الأعضاء حول ما كتبوه في الواجب البيتي، وتتأكد من فهم الأعضاء واستيعابهم لذلك.

٣) بعد ذلك تبدأ المدربة الجلسة بطرح موضوع جلستها وهو التشاؤم.

تقول:

سنتحدث خلال هذه الجلسة عن موضوع مهم وضروري، يهم كثيراً من الناس بغض النظر عن المرحلة العمرية والجنس، فقد يصيب الأطفال وقد يصيب الكبار، وقد يصيب الرجال والنساء، موضوع جلسة اليوم هو التشاؤم. وتوضح ذلك قائلة: ان التشاؤم أو الكآبة هو اضطراب نفسي يتميز بمجموعة من الأعراض، منها الحزن، وفقدان الرغبة بعمل شيء، وقلة النوم والأكل. ثم تسأل المدربة الأعضاء: هل شعر أحد منكم بهذه الأعراض من قبل؟

تأخذ المدربة إجابات الأعضاء واستفساراتهم، وتحاول أو توضح لهم أنه ليس باستطاعتنا الحكم على الشخص أنه مكتئب إلا إذا شعر بمثل هذه المشاعر لفترة طويلة نسبية، فتوضح لهم ان هناك فترة زمنية تستمر فيها هذه الأعراض بالظهور حتى نستطيع ان نعتبر ان الشخص متشائم. وتحاول المدربة عرض أمثلة من الواقع لتوضيح المفهوم، فقد تقول: قد تشعر اليوم انك حزين ومتشائم ومتضايق، لكن قد تختفي هذه الأعراض غداً، أو بعد غد، أو حتى بعد ساعات، فهل نعتبر هذا الشخص مكتئباً. وتحاول المدربة أخذ أمثلة من تجربة الأعضاء.

٤) تنهي المدربة الجلسة بعمل تلخيص لكل ما دار داخلها مع أخذ مساعدة الأعضاء في التلخيص.

الواجب البيتي:

- سأطلب من كل واحد منكم ان يحدد من اليوم وحتى موعد الجلسة القادمة الأوقات التي شعر بها بالحزن والضيق.

والواجب يتلخص في انني سأراكم الأسبوع المقبل ولديكم أسبوع كامل، أريد من كل واحد منكم ان يكتب على ورقة صغيرة في أي الأوقات شعر بالضيق وبالحزن والتشاؤم، وكم استمر هذا الشعور، وكم من الأعراض ظهرت. وتوضح المدربة قائلةً: الورقة ستكون كالتالي:

اليوم	الأعراض	مدة بقائها
الأحد	حزن- توتر - قلق	ساعة

بعد الإنتهاء من تفصيل الواجب البيتي، تذكر المدربة الأعضاء بضرورة كتابة انطباعاتهم عن الجلسة أيضاً بالإضافة لواجبهم (ان استطاعوا ذلك).

الجلسة الثالثة

التعرف إلى حوادث محددة سارة لزيادتها على إحساس يومي

الأهداف:

- مساعدة أعضاء المجموعة في التعرف على أهمية التفاؤل.
- مساعدة الأعضاء في المجموعة على إرسال رسائل إيجابية لأنفسهم.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة

الإجراءات:

- أن أهم أساسيات التفكير الإيجابي، التأكيد على ان تكون إيجابياً فيما يتعلق بالنظرة لنفسك بشكل عام، وقدراتك وللعالم المحيط بك وبالمستقبل، لذلك يجب تبني هذا الاتجاه حتى يصبح شخصا متفائلاً، وقادر على مواجهة المستقبل بحكمة وذكاء، بدلاً من الشعور باليأس والعجز.

التفكير بالتفاؤل:

تشير المدربة إلى ان هذا التفكير يفيد المتفائلين على النحو التالي:

يثنون على انفسهم ويمتدحونها على ما انجزته من احداث طيبة في حياتهم، ولا يلمون انفسهم على الأحداث السيئة، بل يرجعونها إلى الظروف او الصدفة أو الخطأ وبذلك يشعرون دائماً بأنهم مسؤولون عن اقدارهم وان لديهم المقدرة على التحكم في أمور حياتهم وعلى النقيض قد نجد المتشائمون يلومون انفسهم باستمرار على الأحداث السيئة التي تمر بهم ويبررون الأحداث الطيبة بأنها مجرد صدفة عابرة، مما يجعلهم يشعرون بعدم الكفاءة والعجز الدائم ولكي تصبح متفائلاً تعرف على انجازاتك وأرجعها إلى قوة عزيمتك وهنئ نفسك عليها.

حالة واقعية:

الاسم : سالي

المشكلة : فقدان الحافز على العمل.

الهدف : إستعادة الحماس و الحمية .

تعيش سالي حياة مليئة بالمشاغل والعمل. فلديها وظيفة طوال الوقت، وطفلة في الخامسة من عمرها، وأخرى تتعلم المشي مؤخراً. وتشكو سالي لطبيبها من الشعور المستمر بالتعب والإرهاق. وبالرغم من الطبيب يؤكد لها أنها في غاية الصحة، لكنها لاتزال تشعر بان هناك شيء ما خطأ، فهي لا تستطيع ان تستجمع قواها لعمل أي شيء. وتتناقش سالي مع زوجها وأمها فيما تشعر به، وتطلب منهما الاعتناء بالأطفال ليلة كل أسبوع، لكي تلتحق بفصول تعليم الرقص، كما أنها بدأت برنامج (الاحتفاء) اليومي بنفسها، و ذلك بالتنزه وكتابة البريد الالكتروني لأختها أو مشاهدة شريط فيديو. وهكذا بدأت سالي تشعر بدرجة أقل من الشعور بالذنب، لكنها مثابرة. وخلال شهر من قيامها بذلك، شعرت سالي بأنها أكثر حيوية وإيجابية من ذي قبل.

الرسائل الإيجابية إلى الذات:

تحث المدربة كل فرد ان يتعلم إرسال رسائل إيجابية إلى الذات: بأنه شخص مفيد، يمكن ان يقدم المساعدة للآخرين، يشعره الآخرون بأنه محبوب ومقبول من خلال انتمائه إلى شبكة علاقات اجتماعية توفر له الدعم بكافة انواعه، وتطلب من كل واحد ان يقوم بإرسال رسالة إيجابية إلى نفسه وملاحظة شعوره بعد ذلك.

الواجب البيتي:

تطلب المدربة من الأعضاء وصف لآخر حدث سارٍ حصل معهم خلال الأسبوع الماضي، وكيف أثر هذا السلوك على الناحية النفسية وحسن من مزاجهم.

الجلسة الرابعة

التعبير عن المشاعر

أهداف الجلسة:

١- ان يتمكن الأعضاء من تحديد طبيعة مشاعرهم.

٢- ان يعبر الأعضاء عن مشاعرهم بطريقة مقبولة اجتماعياً.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

تبدأ المدربة الجلسة بالترحيب بالأعضاء، والسؤال عن أحوالهم، وتقدم تلخيصاً لما دار في الجلسة السابقة، ثم:

١) تقوم المدربة بمناقشة الأعضاء فيما قاموا بعمله حول الواجب البيتي، ويتم تعزيز الأعضاء على قيامهم بأداء الواجب، مع إتاحة الفرصة للتعبير عن ردود الأفعال أو أية أفكار لدى الأعضاء.

٢) تقدم المدربة توضيحاً مختصراً لمهارة التعبير عن المشاعر على النحو الآتي:

"إظهار ما يشعر به الإنسان بطريقة صادقة ومقبولة اجتماعياً، فالإنسان له الحق في ان يعبر عن مشاعره سواء كانت إيجابية أم سلبية، إذ ان إظهار هذه المشاعر يسهم في تحقيق الانسجام بين ما يقوله الفرد وما يشعر به، كما ان التعبير عن المشاعر الإيجابية (الفرح، السرور، الرضى) تجاه ما يقوم به الآخرون نحونا يزيد من قيامهم بهذا السلوك في المرات القادمة، والتعبير عن المشاعر السلبية (الضيق، الغضب) من تصرفات الآخرين نحونا، يقلل من قيامهم بهذه التصرفات مستقبلاً، كما ان عدم التعبير عن المشاعر لا يجعل الآخرين يعرفون ما نحب أو نكره من سلوكهم.

٣) تطلب المدربة من الأعضاء ان يعبروا بطرقهم الخاصة عن المقصود بالتعبير عن المشاعر.

٤) توزع المدربة على الأعضاء في البرنامج بطاقات تحتوي على خطوات مهارة التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية، وتقوم بتوضيح وشرح هذه الخطوات للأعضاء، على النحو الآتي:

أ. تحديد طبيعة الأحاسيس والمشاعر.

ب. تحديد سبب هذه الأحاسيس والمشاعر.

ج. تحديد الشخص أو الجهة المسؤولة عن ذلك.

د. التعبير عن حقيقة المشاعر بطريقة مناسبة.

هـ. يطلب من جميع الأعضاء قراءة هذه العبارات بصوت عالٍ.

٥) تقوم المدربة والأعضاء بنمذجة هذه المهارة، من خلال موقف يتعلق بالمشاعر الإيجابية، وموقف آخر يتعلق بالمشاعر السلبية، حيث تقوم المدربة بدور الأب وأحد الأعضاء بدور الأبن.

مثال:

- أحد الأعضاء (الابن): لقد سررت عندما لاحظت انك قمت بترتيب ملابسك هذا الصباح بنفسك.
- المدربة (الأب): [تبدو علامات السرور على وجهه].

وبعد عرض الموقف تقوم المدربة ومجموعة الأعضاء بمناقشة هذا الموقف والتعليق عليه.

٦) تطلب المدربة من الأعضاء عرض مواقف من حياتهم ان أمكن للتعبير فيها عن مشاعرهم سواء كانت إيجابية أو سلبية، وكيف ومع من ومتى.

٧) تعزز المدربة الأعضاء وتؤكد على أهمية التعبير عن المشاعر وأثره في جعل العلاقة أقوى، خاصةً نحو من تحب.

٨) تطبيق تمرين.

هدف التمرين:

يمارس الأعضاء التعبير عن المشاعر.

إجراءات التمرين:

- يتم تقسيم الأعضاء إلى مجموعات، كل مجموعة من ٣ أعضاء.
- يتم لعب أدوار من قبل الأعضاء حول مواقف من حياتهم متعلقة بالتعبير عن مشاعر إيجابية وأخرى سلبية.

بعد الإنتهاء من لعب الأدوار، يطرح الأعضاء ضمن المجموعة المصغرة أسئلة حول ردود الأفعال والمشاعر، أثناء القيام بالدور وبعده.

٩) يتم عرض الأدوار بشكل جماعي من قبل الأعضاء، ومن ثم تناقش المدربة والأعضاء الأسلوب الذي تم التعبير فيه عن المشاعر.

الواجب البيتي:

التعبير عن المشاعر؛ حيث يطلب منهم تطبيق هذه المهارة من خلال التعبير عن مشاعرهم في المواقف التي يتعرضون لها في حياتهم، وتسجيل موقفين على الأقل. وتقوم المدربة بتدريب الأعضاء على أداء الواجب البيتي أثناء الجلسة من خلال لعب الدور، حيث تقوم المدربة بدور الأب وأحد الأعضاء بدور الابن، وبعد ذلك تطلب المدربة من الأعضاء إعطاء معلومات عن الأداء، وتصحيح الأخطاء ان وجدت. وتوزع المدربة على الأعضاء نموذج، وهو نموذج التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية الذي يسهل عليهم عملية التسجيل. تشكر المدربة الأعضاء على المشاركة والحضور، وتذكرهم بموعد الجلسة القادمة.

نموذج التعبير عن المشاعر

الموقف	طريقة العضو في التعبير عن المشاعر	استجابة الابن	النتيجة
إيجابي			
سلبي			

الجلسة الخامسة

كيف نفكر؟ [الأفكار غير الوظيفية]

الأهداف:

١- تعريف أعضاء المجموعة بالجوانب الخمسة للتفكير.
٢- توضيح كيف تؤثر وتتأثر هذه الجوانب على بعضها البعض.
٣- عرض نموذج تدريبي.
٤- تطبيق استبانة الاكتئاب واستبانة التكيف.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

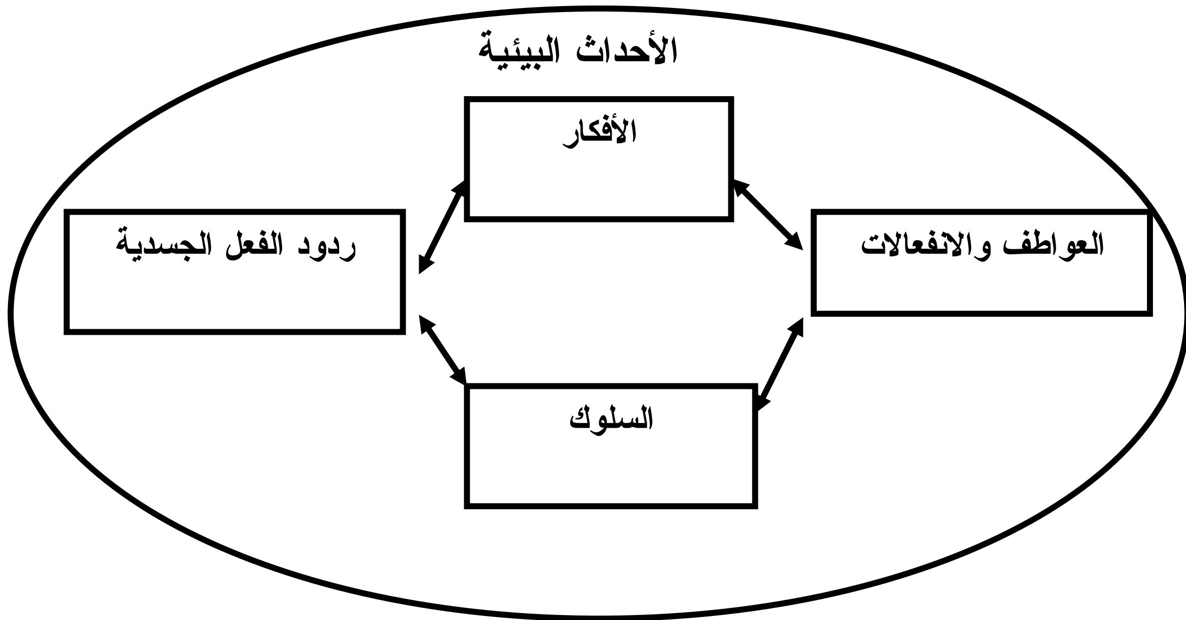
١) ترحب المدربة بأعضاء المجموعة وتشكرهم على حضورهم في الوقت المحدد وتناقش معهم الواجب البيتي، ومن ثم توضح لهم ان موضوع الجلسة اليوم هو موضوع أساسي ألا وهو التشويهات المعرفية وانواعها وأثرها على مستوى الاكتئاب عند الفرد. وكيف يمكن ان نتعلم من خلال الجلسات بعض المعلومات والمهارات والتدريبات التي تساعد على التخفيف من حدة سيطرة التشويهات المعرفية على نمط وأسلوب تفكيرنا.

تقول المدربة: ان هناك خمسة جوانب هي متداخلة ومرتبطة مع بعضها البعض، وحيث تشير خطوط التداخل الموضحة في الرسم إلى ان كل جانب من الجوانب يؤثر ويتأثر بالجوانب الأخرى، وهذه الجوانب هي:

١- **الأفكار:** وهي ما يرد إلى ذهن الفرد من خواطر وصور ذهنية وخيالات. وهي لدى الأفراد المكتئبين تتضمن لوم الذات، وأفكار انتحارية، وصعوبات في التفكير والتركيز.
٢- **البيئة:** وهي الأحداث أو الظروف أو التغيرات التي تمر بالفرد وتؤثر عليه أو تخلق لديه الصعوبات، حيث تؤثر هذه الأحداث على المكتئب من خلال فقدأنه الاهتمام بما حوله من أعمال ونشاطات ومؤثرات في البيئة.
٣- **العواطف:** وهي مشاعر الفرد ويمكن ان يعبر عنها بكلمة واحدة، مثل: الفرح، الحزن، الغضب، أو القلق، أو الخجل. وتنتشر بين المكتئبين مشاعر الحزن واليأس والشعور بالذنب وعدم الجدوى.

٤- **السلوك:** وهو التصرف الذي يقوم به الفرد في المنــزل أو فــي مكــان العمــل أو مــع الأصدقاء. وفي حال الأفراد المكتئبين ينسحب الفرد من النشاطات الممتعة والجميلة ويبدأ في تجنب الآخرين ويكثر لديه صعوبات البدء في النشاطات والأعمال.

٥- **ردود الفعل الجسدية:** وهي تلك الأعراض الجسدية المزعجة للفــرد، والتغيــرات التــي تحصل معهم في الجوانب الجسمية ، كالتغير في القدرات، وفقدان الشهية، وآلام المعــدة والدوخة، وينتاب المكتئب الأرق وفقدان الشهية وتغير الوزن. ويمكن ان يوضح الــشكل التالي التفاعل بين العناصر السابقة وارتباطها مع بعضها البعض.



وتضرب المدربة مثلا فتقول: ان تغيرات سلوكنا تؤثر على طريقة تفكيرنــا وعلــى مــشاعرنا الجسدية والعاطفية، وهي أيضاً قد تؤثر في بيئتنا. وكذلك تؤثر التغيرات في تفكيرنا في سلوكنا وتصرفاتنا وعواطفنا وردود أفعالنا الجسدية، وحتى في البيئة الاجتماعية التي نحيا فيهــا. وان فهم هذه الجوانب يعمل على مساعدتنا على فهم مشكلاتنا، وزيادة الوعي لــدينا، ونــرى مــدى الارتباط بين عناصر الموقف أو المشكلة التي تواجهنا.

٢) توضح المدربة للأعضاء طبيعة العلاقة بين هذه الجوانب الخمسة للتفكير، وكيف تتفاعــل هذه الجوانب الخمسة، وتأثيرها على الشخص من خلال النموذج السابق وتطرح مجموعة من الأسئلة لتوضيح العلاقة بين هذه الجوانب الخمسة، من خلال الإجابة على التــساؤلات التالية:

أ – ما العلاقة بين الأفكار والانفعال؟

مثال: تحدثت مع زميل لك، وخلال الحديث لم يكن ينظر إليك، بل كان ينظر إلى أشياء أخرى. تكونت لديك أفكار، وكل فكرة مرتبطة بانفعال.

الفكرة: صديقي غير لبق، يتجاهلني.

الانفعال: انزعاج، توتر.

الخلاصة من المثال: ان الفكرة هي التي تساهم في تحديد الانفعال.

ب– ما العلاقة بين الأفكار والسلوك؟

مثال: يقوم أبو أحمد (وهو رجل مسن) بتخفيف وجبات طعامه ليحصل على وزن مناسب، ولكنه فشل. فبدأ يفكر بطريقة مختلفة بأنه سوف يغير من أسلوب انقاص وزنه لكي يحصل على وزن أقل في الأيام القادمة هذا التفكير قاده إلى تغيير سلوكه.

الفكرة: عدم رضاه عن وزنه.

السلوك: تغيير نوع الغذاء.

الخلاصة من المثال: تغير سلوك أبو أحمد نتيجة لتغيير تفكيره.

ج– ما العلاقة بين الأفكار وردود الفعل الجسدية؟

مثال: يشعر أبو أحمد (الرجل المسن) بالقلق عند اقتراب موعد وجبة الغذاء، فتبدأ ضربات قلبه بالتسارع، نتيجة لزيادة هرمون الأدرينالين.

الفكرة: وجبة الغذاء قد تكون شهية.

ردود الفعل الجسدية: زيادة ضربات القلب، ألم في المعدة.

الخلاصة من المثال: ان التفكير زاد من إفراز هرمون الأدرينالين مما أدى إلى ظهور تغيرات جسمية.

د– ما هي العلاقة بين الأفكار والبيئة؟

مثال:

البيئة: عاش مازن خبرة سعيدة أثرت بطريقة إيجابية على تفكيره.

الفكرة: انني انسان واثق من نفسي وناجح.

البيئة: عاش حسن خبرة سيئة، أثرت بطريقة سيئة على تفكيره.

الفكرة: انني انسان فاشل وقدراتي ضعيفة.

الخلاصة من المثال: ان الأحداث البيئية تؤثر على طريقة التفكير إما سلباً أو إيجاباً.

تقوم المدربة مع الأعضاء بتحديد ما يلي من خلال وضع دائرة على الإجابة الصحيحة.

- العلاقة بين الأفكار والانفعال — قلق، حزن، سعادة، غضب، تحمس.
- العلاقة بين الأفكار والسلوك.
  - سيأكل الوجبة بطبق صغير.
  - سيأكل الوجبة بطبق كبير.
- العلاقة بين الأفكار وردود الفعل الجسدية.
  - تسارع في ضربات القلب.
  - تعرق الكفين.
  - الشعور بالدوار.

تطرح المدربة أسئلة مفتوحة، ليفكر فيها الأعضاء بعد انتهاء الجلسة.

- هل التفكير الإيجابي هو الحل؟
- هل تغيير طريقة التفكير يساعد على التكيف؟

وتصل المدربة إلى خلاصة ان كل تلك الجوانب تتأثر ببعضها البعض، وهي متداخلة معاً وتؤثر على حياة الأفراد. وتقوم المدربة بإجراء النشاط التالي مع المجموعة لكي تعمل على مساعدة الأعضاء في المشكلات التي يعانون منها، وتطور من قدراتهم ومهاراتهم في النظر لمشكلاتهم.

نشاط رقم (١): كيف أفهم مشكلتي الخاصة؟

تعرض المدربة هذا النموذج وتقوم بمساعدة الأعضاء بتعبئته لمساعدتهم على فهم الجوانب الخمسة السابقة، للعمل على زيادة الوعي بانفسهم، وكيفية فهم مشكلاتهم الخاصة؟ ونحلل تلك المشكلة إلى الجوانب التالية:

١- **التغيرات البيئية/ حالات الحياة:**

(هل هناك تغيرات جديدة حصلت معك؟ هل تعرضت لإساءة معينة؟ طبيعة الأحداث التي مرت معك خلال العام المنصرم؟ أو الذي قبله؟).

يكتب هنا المشارك ما مر به من أحداث بيئية واجتماعية أو عائلية خلال الفترة الماضية.

....

٢- **ردود الفعل الجسدية:**

(مثل الأعراض الجسدية المؤلمة، التغير في القدرات، النوم، آلام معينة...).

....

٣- **العواطف:**

(كالحزن، القلق، الغضب، مشاعر الذنب، أو الخجل).

....

٤- **السلوك:**

(ما هو السلوك والتصرف الذي أريد تغييره؟ هل هو في العمل مع الأولاد مع الزوجة أو الأصدقاء؟ هل أتجنب شخصاً معيناً أو مجموعة من الأشخاص أو مكان معين)

....

٥- **الأفكار:**

(الأفكار التي تراود المشارك أثناء عمل ما، الخيالات، الصور الذهنية).

....

تناقش المدربة مع الأعضاء ان "ما يفكر فيه الفرد وما يقوله لنفسه وكذلك اتجاهاته واعتقاداته وافتراضاته وآرائه ومثله تعد بمثابة أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكه" سواء السلوك السوي أو السلوك غير السوي سواء الفرد المكتئب أو الفرد العادي الذي لا يعاني من الاكتئاب. وكما سبق وأكدت المدربة على علاقة كل من الأفكار بالجوانب الخمسة السابقة (العواطف؛ السلوك؛ التغيرات البيئية؛ وردود الفعل الجسدية) علاقة تفاعلية وتبادلية فكل من تلك الجوانب تؤثر في الجوانب الأخرى وتتأثر بها. وتعرض المثال التالي: افترض انك في مناسبة اجتماعية ما، وقدم لك شخص – لم تعرفه سابقاً– وعندما بدأت تتحدث إليه لاحظت أنه لم يكن ينظر إليك، ولا يوجد بينكما تواصل بصري. فما الذي خطر على بالك؟ تناقش المدربة مع أفراد المجموعة لو كان هذا الموقف ما الذي يخطر بباله، وتسجل أفكار كل عضو على السبورة، فقد يقول أحدهم: أنه غير مهتم بك، أو أنه لا يستمتع بحديثك، أو أنه خجول أو يعاني من شيء ما. وتؤكد المدربة ان كل فكرة من هذه الأفكار ترتبط بمجموعة من العواطف والسلوك الذي يبديه الفرد تجاه هذه الموقف، ويمكن ان يكون منزعجاً أو قلقاً أو حزيناً أو خائفاً. ولاحظ ان كل فكرة

ترتبط بمجموعة من العواطف، أو السلوكات التي يقوم بها الفرد، فقد ينسحب من الموقف، أو يتحدث إليه بلجهة عدائية، أو يظهر الاشمئزاز من ذلك الموقف، وهي مواقف تعتمد على ما في أذهاننا من أفكار عن المشهد الذي رأيناه.

تعرض المدربة النشاط رقم (٢): ما الذي يخطر ببالك وانت تجلس في دار المسنين؟ حول نفسك وأسرتك والبيئة الاجتماعية من حولك؟ وتطلب من كل منهم ان يتحدث بفكرة واحدة تقوم بتسجيلها على السبورة: وتصل في نهاية النشاط إلى الأفكار التالية: لم يعد لوجودي معنى في الحياة، لا أحد يهتم بآرائي، لم يعد أحد يحتاجني "بطلت انفع"، انا انتظر الموت، الضعف والمرض هد جسمي وقدراتي، لا أستطيع تقديم خدمات لأحد من أفراد أسرتي، أسرتي تخلت عني. لا أحد يفهمني. لا قيمة لي، أنا لم أحسن تربية أولادي، ما الذي يمكن ان يفعله البرنامج معي؟

تناقش المدربة مع الأعضاء ما الذي يمكن ان تقود إليه هذه الأفكار؟ ويصل الأعضاء والمدربة إلى أن هذه الأفكار سوف تقود إلى الحزن والعجز والاكتئاب، ولا تؤدي هذه الأفكار إلى التكيف النفسي انما هي المسؤولة عن استمرار الاضطراب النفسي وسوء التكيف. وتشجع المدربة الأعضاء على مناقشة هذه الأفكار والتأمل فيها، وتوضح أنها سبب المعاناة لهم، وأن إعادة النظر فيها والتخلي عنها أو تعديلها أو استبدالها بأفكار أخرى إيجابية يتمثل في الخطوة الأولى الصحيحة للعلاج النفسي.

وتطلب المدربة من الأعضاء بتأمل المثال التالي: حالة رجل يجلس مع زوجته وأولاده يوم العطلة أثناء تناولهم وجبة الإفطار، وتطلب منهم ملاحظة الحالة، والعواطف، والتأمل في الأفكار التلقائية (وهي تلك الأفكار التي تخطر على بال الفرد سريعاً بعد الحدث، أو الموقف الذي يكون فيه) ومدى انسجامها مع تلك الأفكار.

الحالة: من؟ ماذا؟ متى؟ أين؟	العواطف: بماذا شعرت؟	الأفكار التلقائية: ماذا كان في ذهنك قبل الشعور بهذا؟
الجمعة: الساعة العاشرة صباحاً أثناء تناول الأولاد وجبة الإفطار وهو يوم عطلة.	**غضب، وحزن، وتجاهل**	**- أن موعد الإفطار متأخر كثيراً. - لا أحد يهتم بموعد إفطاري. - كثير من أنواع الأكل الموجود لا يناسبني. - كان بإمكانها (زوجته) لو كانت تحبني أن تعد الإفطار مبكراً. - لو لم أكن موجوداً أثناء مرحلة أعداد الطعام لم ينادني أولادي للإفطار. - متعمدون يضعون لي البهارات والفلفل الذي يضايقني. - أشعر بأنهم لا يرغبون بتناولي الإفطار معهم.**

تطلب المدربة تأمل تلك الأفكار السابقة ومحاكمتها عقلياً وإعادة النظر فيها، فقد يكون هذا الرجل ظلم زوجته وأولاده "ان بعض الظن إثم". ان تلك الأفكار والافتراضات هي سبب التعاسة وسوء التكيف للأفراد.

تؤكد المدربة ان طريقة تفكيرنا وحديثنا الذاتي الذي نقوم به، وما فيه من تعميمات خاطئة، وتشويهات معرفية هي سبب الاضطراب النفسي الذي يعاني منه الناس.

الواجب البيتي:

أ. تطلب المدربة تعبئة النموذج الموجود في نشاط رقم (١) في المنزل وإحضاره في الجلسة القادمة بعد ان تتأكد من فهم أعضاء الجموعة له. لتطبيقه على مواقف حياتية يومية ليتم مناقشتها في الجلسة الثالثة، حتى يصل المتدربين للنقطة التي يستطيعون فيها التعرف على جوانب التفكير الخمسة وكيفية تأثير كل جانب على الجانب أو الجوانب الأخرى...

ب. كما تطلب المدربة من الأعضاء تذكر آخر مناسبة مرت على العائلة وما هي عــواطفهم وأفكارهم التلقائية حولها التي تسبب لهم الاضطراب وسوء التكيف وحسب النموذج التالي:

الحالة: من؟ ماذا؟ متى؟ أين؟	**العواطف: بماذا شعرت؟**	**الأفكار التلقائية: ماذا كان في ذهنك قبل الشعور بهذا؟**	**الأفكار البديلة**
المناسبة (أي مناسبة اجتماعية) مرت على العائلة في الفترة الأخيرة (خلال آخر سنتين مثلاً).	**(حزن، فرح، غضب....)**	....	....

الجلسة السادسة

التعرف على نماذج التفكير المتكررة وغير المساعدة

الأهداف:

١- توضيح تسلسل عملية التفكير.

٢- تعريف الأعضاء بمخطط المفاهيم المعرفية.

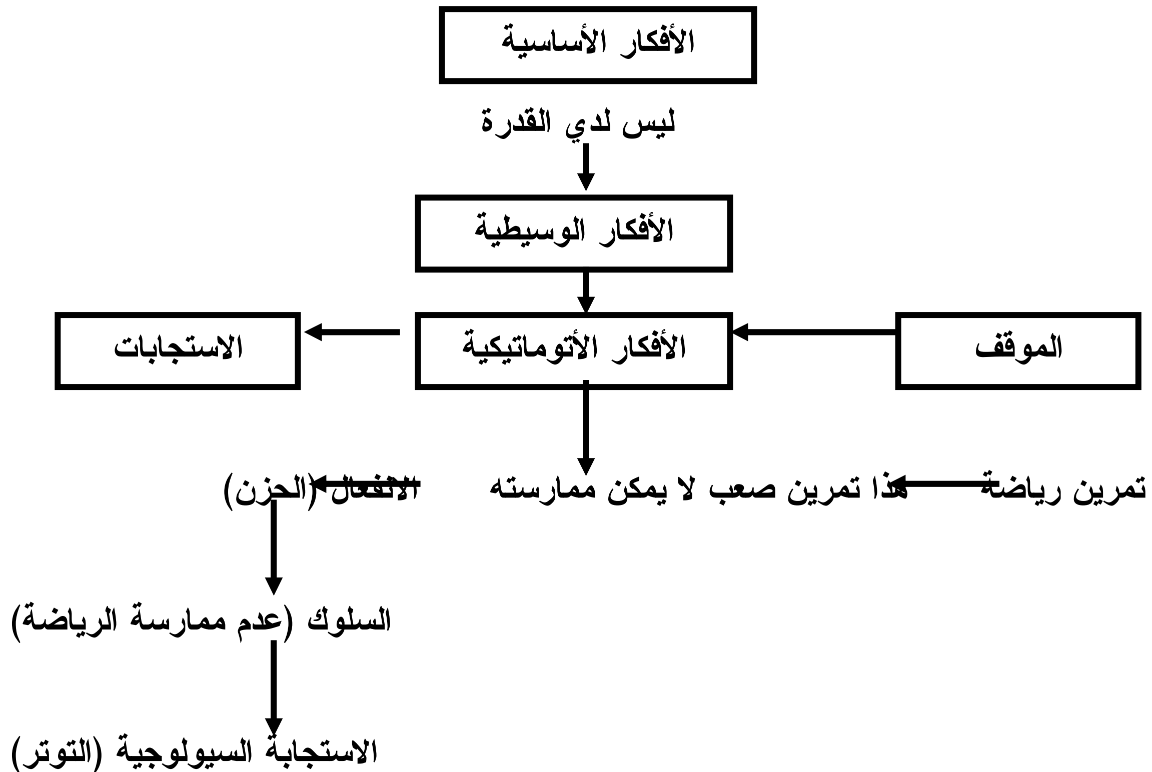
٣- نموذج تدريبي.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١) ترحب المدربة بالأعضاء وتناقش معهم الواجب البيتي. ثم تبدأ بالتوضيح للأعضاء ان الأفراد يعتقدون بان الأحداث هي السبب في نتائج سلوكاتهم، وهذا اعتقاد خاطئ، فليس الموقف هو الذي يحدد كيف يشعر ويسلك الأفراد، بل الطريقة هي التي يفسرون بها الموقف. فالموقف نفسه لا يحدد بشكل مباشر كيف يشعر الأفراد، فاستجاباتهم تتوسط إدراكاتهم.

تضيف المدربة: من خلال هذا الشكل –تقوم المدربة برسم الشكل التالي على السبورة– :



أن هناك أفكار أساسية تتــأثر بالأفكــار الوســيطة وهــي (الاتجاهــات والتوقعــات والافتراضات)، وهي تؤثر بنظرة الفرد إلى الموقف، ثم تبدأ الأفكار الوسيطية بالتــأثير علــى إدراك الفرد والذي يظهر من خلال الأفكار الأوتوماتيكية، ثم تؤثر الأفكار الأوتوماتيكية بدورها على السلوك والذي غالباً ما يقود إلى استجابات فسيولوجية.

٢) **تقول المدربة:** لنعطي مثالاً يوضح ما سبق، لو طلبنا من مجموعة من الأعضاء ممارسة الرياضة، فإننا سوف نلاحظ استجابات انفعالية مختلفة لتلك الرياضة لان ذلك يعتمد على ماذا يجري في تفكير كل واحد من الأعضاء.

العضو الأول: هذا تمرين سهل، وفيه أشياء كثيرة يمكن أن أستفيد منها/ هــذا العــضو يــشعر بانفعال معتدل.

العضو الثاني: هذا التمرين بسيط جداً ولا يفيد، هذا العضو يشعر بخيبة أمل.

العضو الثالث: هذا التمرين لم يكن كما أتوقع، فهو مــضيعة للوقــت/ هــذا العــضو تــشعر بالاشمئزاز.

العضو الرابع: فعلاً أنا بحاجة لتعلم كل التمارين، ماذا لو لم أفهم التمارين/ هذا العضو يــشعر بالقلق.

العضو الخامس: هذا تمرين صعب جداً، ولن أستطيع استيعابه/ هذا العــضو يــشعر بــالحزن والتوتر ويشتمل تفكيره على أفكار وسيطية تتكون من الاتجاهات والافتراضات والتوقعات على النحو التالي:

الاتجاه: أنه شيء فظيع ان أكون فاشل وغير كفؤ.

التوقعات: يجب ان أعمل بجد كل الوقت.

الافتراض: إذا عملت بجد، فانا قادر على عمل الأشياء التي يعملها الناس بسهولة.

تناقش المدربة الأعضاء بالمثال وتقول: "أننا نلاحظ من المثال السابق أن الطريقــة التــي يشعر بها الأعضاء تترافق مع الطريقة التي يفكرون بها حول الموقف، وأن الموقف ليس وحده الذي يحدد كيف يشعر الأعضاء، فالاستجابات الإنفعالية تتوسط طريقة إدراكهم للموقــف. وان هناك مستويات فكرية مختلفة عند قيام الأعضاء بالتمارين، فجزء من تفكير الفرد (عقله) يركز على الحركات الموجودة في التمرين لمحاولة فهمه، وجزء آخر يركز علــى التقيــيم الــسريع للأفكار، وهذا ما نسميه الأفكار الأوتوماتيكية، وهي ليست عقلانية لذلك على الفــرد أن يعمــل على استبدالها.

السؤال الآن: لماذا فكر كل عضو بطريقة مختلفة عن العضو الآخر حول التمرين؟
الجواب ببساطة لآن الأفكار الأساسية اختلفت عند كل عضو، لذلك كان التأثير مختلف.

الواجب البيتي:

تقوم المدربة بإعطاء النشاط التالي كواجب منزلي: طلب أبو محمد أن يزوره ابنه محمد واتصل به وطلب منه أن يأتي إليه ويزوره لحاجته الماسة في الحديث معه؛ لكن محمد رد على والده بعد أن اطمان على صحته أنه لا يقدر هذا اليوم، وأنه سوف يأتي إليه في نهاية الأسبوع؟ لكن هذا التأخير لم يعجب أبو محمد، وأصبح يتحرك جيئة وذهاباً في الممرات ويشعر بالــضيق والتوتر.

فكر في مجموعة الأفكار والاعتقادات والافتراضات التي أعتقد بها أبو محمد، وانعكاسها وعلاقتها مع الناحية الإنفعالية والعاطفية لديه، وتأثيرها بشكل عام على كل الجوانب المــساعدة في فهم المشكلة؟

الجلسة السابعة

التشويهات المعرفية

الأهداف:

١- توضيح معنى التشويهات المعرفية.

٢- مساعدة أعضاء المجموعة في تحديد انواع التشويهات المعرفية.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١- ترحب المدربة بأعضاء الجلسة الإرشادية، وتسألهم عن أحوالهم.

٢- مناقشة الواجب البيتي، والاهتمام بأي آراء يطرحها الأعضاء حول المهارة التدريبية، أو حول الجلسات ككل.

تقول المدربة: "التشويهات المعرفية: مجموعة من الأفكار السلبية المتطرفة عن الذات وعن العالم وعن المستقبل، وهذه الأفكار السلبية هي أفكار مدمرة للفرد؛ حيث أنها تساعد في الإحساس بضعف احترام الذات، وضعف الثقة بالذات، وصعوبة في العلاقات مع الآخرين، وتؤثر على رغبات الفرد في القيام بالأعمال الجيدة والمفيدة، والشعور بالاكتئاب، حيث ان الأفراد عندما يكونون مكتئبين، فأنهم يحملون أفكاراً مشوهة عن الذات (مثلاً: انني شخص عديم القيمة، أو انا لست انساناً جيداً)، والعالم (مثل: الآخرون أفضل مني، أو كل شيء ضدي)، والمستقبل (مثل: ان الأمور لن تتحسن، أو لا أمل مني أبداً). فالفرد المكتئب يفسر كل أمور الحياة تفسيرات مشوهة وسلبية وخاطئة، بينما الفرد غير المكتئب يفسر الأحداث بطريقة إيجابية.

تقول المدربة: أن هدفنا في هذه الجلسة هوالمساعدة في كيفية التعرف على التشويهات المعرفية لديكم، وذلك من خلال الوعي والمعرفة بها، وتحديدها، وتعديلها إلى أفكار بديلة إيجابية غير مشوهة.

وسنعرض الآن التشويه المعرفي الأول وهو: كل شيء أو لا شيء (إما أبيض أو أسود)، (التفكير المطلق).

أن هذا النمط من التفكير حدي ومتطرف، فالفرد الذي يتبنى هذا التفكير لا يرى الأمور بطريقة عقلانية وانما بطريقة مشوهة؛ لان هذا التفكير يظهر نزعة إلى التطرف

والمغالاة، فهو هنا لا يرى الأشياء إلا أبيض أو أسود. وان هذا النوع من التشويه المعرفي يشير إلى ميل الفرد إلى تقييم أعماله على نحو متطرف وغير واقعي، فإما ان يحقق كل شيء أو ان ما يصل إليه لا يساوي شيئاً.

مثال: "إذا لم أكن الأول في المسابقة فانا انسان فاشل"، أو "إذا خسرت المسابقة فإنا لا شيء، انا صفر". أو "إذا حصلت على علامة (ب) بدلاً من (أ) فإنا انسان فاشل. أن هذا النوع من التفكير هو تشويه معرفي، أو تفكير خاطئ؛ لأنه يقوم على أساس القطبية، أي على افتراض وجود حالتين متطرفتين، وهذا الافتراض يتجاهل أن بين الحالتين المتطرفتين يوجد عدد لا نهائي من الاحتمالات. ومن هنا التفكير القطبي تفكير مشوه؛ لأنه يحول الواقع من عدد كبير من الاحتمالات إلى حالة تتألف من احتمالين فقط وهي (إما، أو).

تسأل المدربة سؤال لأعضاء المجموعة: من منكم يفكر بهذه الطريقة؟

أما عن آثار هذا النمط من التفكير فهو يسبب الخوف الشديد للفرد؛ بسبب أن الفرد لا يريد أن يقع في الأخطاء، إلا أن الفرد إذا أخطأ فأنه سوف يشعر بأنه لا قيمة له. والنقطة المهمة ليس هناك انسان غبي بالكامل أو انسان ذكي بالمطلق. وليس هناك انسان ممتاز بالكامل أو انسان سيء بالمطلق. وإذا استمر الفرد بالتفكير بطريقة مشوهة وذلك من خلال تصنيف الأشياء بكل شيء أو لا شيء. فأنه سوف يصاب بالاكتئاب؛ والسبب أن إدراك الفرد لا يكون واقعياً، ولن يستطيع الحصول على الكل الكامل في كل الأشياء التي يقوم بها، لذلك سوف تأتي معظم الأشياء على عكس توقعاته مما يؤدي إلى شعوره بالاكتئاب.

تدريب على التشويه المعرفي: "كل شيء أو لا شيء":

قام أبو منتصر بملء الجدول التالي بعد تعرضه لموقف ما:

الفكرة	التوقع	الصعوبات الممكنة	الفكرة البديلة	نتائج الفكرة البديلة
إما ان أكون انساناً مشهوراً أو مغموراً للأبد	**سأظل أشعر باليأس والإحباط ما دمت مصراً على الحصول على الكمال.**	**ليس من السهل ان أحصل على كل ما أريده وسوف أكره نفسي وأكره حياتي إذا بقيت أفكر بهذا التفكير.**	**يمكن الحصول على بعض النجاحات في حياتي، ولكن هذا لا يعني بانني لن أفشل أبداً.**	**التكيف، وتقبل الواقع، والموازنة بين القدرات والطموحات**

تقول المدربة: "انظروا إلى الجدول التالي، هل من أفكار على ما قاله أبو منتصر؟"

التشويه الثاني: التعميم الزائد:

تقول المدربة: "التعميم الزائد طريقة يستخدمها الفرد في التفكير، وذلك بأن يعمم الخبرة التي مر بها على كل الأحداث القادمة، حيث يفترض الفرد في حالة التعميم الزائد أنه حالة فردية ذات نواتج سلبية، وهي نمط سائد سوف يتكرر باستمرار دون توقف، مثال: طلب كبير في السن من المشرف أن يصبحا أصدقاء، ولكن المشرف لم يوافق على طلبه، فهو يفترض أن كل شخص سوف يتقدم بطلب منه بان يصبح صديقاً له لن يوافق على طلبه ويقول في نفسه:"سأظل وحيداً مدى الحياة". ان هذا الفرد يمكن ان يفكر على نحو منطقي إذا قال: يبدو ان أفكار هذا المشرف لا تنطبق على أفكاري، أو ربما كان مشغولاً ويفكر بموضوع مهم بالنسبة له، ولكن هناك الكثير من الزملاء من نفس عمري، وهناك الكثير ممن يمكن ان تنطبق أفكاري مع أفكارهم.

إن هذا النمط المشوه من التفكير يؤدي بالفرد إلى تعميم الخبرة السيئة على جميع سلوكاته القادمة، وكل ذلك سوف يقوده إلى الاكتئاب".

التشويه الثالث: التصفية العقلية (الفترة السلبية)، (التجريد الانتقائي):

تقول المدربة: "ان الفرد الذي يستخدم أسلوب التصفية العقلية في التفكير يلتقط التفاصل السيئة في أي موقف ولا يرى إلا الجانب السلبي (المظلم) في كل موقف يمر به.

مثال:

تقدم ليث لامتحان، ثم بعد الامتحان أخذ يفكر بأنه أخطأ في إجابة عشرة أسئلة من سبعين سؤالاً. **فقال لنفسه:**"سوف أرسب في صفي لانني أخطأت في إجابة تلك الأسئلة". فهو ينظر فقط للجانب السلبي، ولم ير الجانب الإيجابي بأنه لو أخطأ فعلاً بإجابة عشرة أسئلة فهو أجاب على ستين سؤالاً بطريقة صحيحة.

إن الفرد عندما يفكر بهذه الطريقة فأنه يلبس نظارات خاصة تعمل على تصفية الأشياء الإيجابية، ولا تبقى غير الأشياء السلبية، وتجعل الفرد لا يرى غيرها. ويشعر بعدم القيمة وذلك من خلال انتقاده السلبي لذاته، مثل استخدامه عبارات "انا سخيف، ولا أصلح لشيء، انا فاشل". أن مثل هذه العبارات تشحن مشاعر الفرد بشحنة سلبية وتؤدي إلى اليأس وضعف مستوى الثقة بالذات".

التشويه الرابع: التقليل من شان الأحداث الإيجابية:

تقول المدربة: "يعتبر هذا النمط من التفكير المشوه من أكثر التشويهات المعرفية تدميراً؛ لأن الفرد يقلب دائماً الخبرات الإيجابية إلى خبرات سلبية، حيث تظهر نزعة الفرد وميله إلى قلب الأحداث واستبدال المنظار الطبيعي الذي يرى به الأشياء إلى منظار أسود أو سلبي، فالفرد لا ينكر الخبرات الإيجابية بل يعمل على قلبها بطريقة عكسية.

مثال: يقول أبو وليد: "لا أحد يهتم بي بسبب انني انسان سيئ وكبير في السن، وانا انسان وحيد لا أحد في العالم يهتم بي". وعند سؤال أبو وليد عن عدد الأفراد الذين يتعاملون معه ويزورونه قال:"هم كثيرون يصعب ان أتذكرهم كلهم، لكنهم لا يعرفون حقيقتي انا أسوأ انسان في العالم، لذلك لا يمكن لأحد ان يحبني لحظة واحدة."

إن استخدام هذا النمط من التفكير المشوه يؤدي إلى تبني أفكار سلبية وليس حقيقية أو حتى واقعية، ولا تتناسب مع خبرات الفرد اليومية، ويهمل الفرد الأشياء الإيجابية التي تحدث معه، وهذا الإهمال يؤدي إلى عزل الفرد واكتئابه".

التشويه الخامس: القفز إلى النتائج (الاستنتاج العشوائي):

تقول المدربة: "يقفز الفرد المكتئب دائماً إلى النتائج السلبية والتي لا تتناسب مع الحقائق المرتبطة بالموقف. ومثالين على ذلك هما:

أ : قراءة الأفكار: في قراءة الأفكار يفترض الفرد ان الآخرين ينظرون له نظرة سلبية ودونية، وهو مقتنع بذلك ولا يكلف نفسه التأكد من ذلك.

مثال:

إذا كنت تشرح موضوع في حصة ما بطريقة جيدة (موضوع الموسيقى) مثلاً، ولاحظت ان أحد الطلبة يتثائب، وقد يكون تثاؤبه نتيجة عدم نومه ليلة البارحة، فانك تقفز إلى الاستنتاج بانك شخص ممل والموضوع الذي تتحدث عنه يبعث على الملل والنوم وعدم الأهمية.

مثال آخر:

رأيت أستاذ لك في الممر ولم يسلم عليك ولم يراك، لأنه قد يكون مستعجلاً، أو يفكر في شيء ما، فانت تستنتج ان زميلك يتجنب الحديث معك وأنه لا يحبك، ولا يحب رؤيتك والحديث معك. مثل هذا النوع من التفكير يؤدي إلى الانسحاب من المواقف، وإلى أنهزام الذات، وعدم التكيف في علاقات الفرد مع الآخرين.

ب: خطأ قارئ الفنجان (البخت): ان الفرد الذي يفكر بهذه الطريقة يتوقع بان الأشياء السيئة سوف تحدث، ويتخذ هذا التنبؤ كحقيقة واقعة، ويبدأ يسلك بناءً على تلك التوقعات، رغم أنها ليست حقيقية.

مثال:

يقول أحدهم لنفسه: "أتوقع انني مريض بمرض خطير". هذا التوقع غير صحيح؛ لأن الفرد لم يحدث له أن اشتكى من أي مرض أو ألم، ان هذا التنبؤ السلبي للأشياء يؤدي بالفرد إلى الشعور باليأس والعجز.

مثال آخر:

إذا طلبت من أحد زملائك التنزه معك، ولم يوافق، فانك سوف تشعر بالحزن إذا فكرت أن زميلك لا يريد التنزه معك، ولا يحب أن تتنزه معه، ولا حتى أن تكلمه.

أن هذا التشويه المعرفي هو قراءة خاطئة لأفكار الآخرين، وسوف يؤدي إلى شعورك بالإحباط وتقرر عدم التحدث مع هذا الزميل مرةً أخرى، وسوف تقول لنفسك:"سوف أكون غبياً إذا تحدثت معه مرة أخرى". أن هذا التوقع السلبي يؤدي بالفرد إلى العزلة والشعور بالدونية.

التشويه السادس: التضخيم والتقليل (التفكير الكارثي):

تقول المدربة: "يظهر هذا التشويه في ميل الفرد إلى المبالغة في إعطاء الأهمية لبعض الأحداث الصغيرة، أو المبالغة في التقليل من أهمية بعض الأحداث الكبيرة (المهمة). فيظهر الفرد وكأنه يلبس منظاراً سحرياً؛ لأنه مرةً ينظر من العدسات المكبرة فيرى الأشياء الصغيرة كبيرة، ومرةً ينظر من العدسات المصغرة فيرى الأشياء الكبيرة صغيرة، ويظهر التضخيم عادةً عندما ينظر الفرد إلى الأشياء الخاطئة التي قام بها أو الأشياء غير المنجزة ويقول في نفسه:"يا الله لقد أرتكبت خطأً فظيعاً ومخيفاً وسوف تكون سمعتي أمام الناس سيئة".

هنا الفرد لا يرى في الموضوع إلا الأشياء الخاطئة ولا يرى الأشياء الصحيحة، وهذا يسمى التفكير الكارثي؛ لأن الفرد يقلب الأشياء السلبية البسيطة إلى كوابيس، أما تصغير حجم الأمور، فإن الفرد لا يرى من خلال منظاره إلا الأشياء التافهة التي لا تعطي الموضوع أي أهمية، حيث لا يستطيع الفرد تقدير حجم الموضوع الحقيقي.

مثال:

"كثير من القضاة حصلوا على مرتبة مثلي أو حتى أفضل مني". هنا الخطأ لا يكون في القاضي نفسه بل في الطريقة التي ينظر بها إلى الأشياء. أن هذا القاضي من خلال تقليله لأهمية انجازه في العمل، سوف يؤدي به إلى الشعور بالنقص، وسيشعر بالاكتئاب.

التشويه السابع: الاستدلال الإنفعالي (التبرير الإنفعالي):

تقول المدربة: "يجعل الفرد في هذا التشويه من انفعالاته دليلاً لإثبات الحقيقة".

مثال:

قد يقول الفرد: "أشعر أنني فاشل لذلك فانا فاشل". أو "بما أنني أشعر بالتوتر، فلابد أن شيئاً سيئاً قد حدث" أو "بما أنني أشعر بالفشل، فإن أموري سوف تزداد تعقيداً".

مثال:

- أشعر ان جميع النزلاء يبتعدون عني، لذلك فانا شخص مكروه.
- "أنا أشعر بالذنب، لذلك لابد أنني فعلت شيئاً".
- "أشعر انني شخص غير كفؤ، لذلك فإنا شخص لا قيمة له".

في الاستدلال الإنفعالي يشعر الفرد بالأشياء السيئة، ويعتقد أنها حقيقة، ولا تظهر المشاعر حقيقية للفرد، وتؤدي بالفرد بالنهاية إلى تأجيل الأعمال.

نشاط:

توضح المدربة لأعضاء المجموعة من خلال الجدول التالي، أهمية أن يعمل كل واحد منا سجلاً يسمى سجل" "اضطراب التفكير" يسجل فيه المواقف التي نمر بها، وتحديد أفكارنا، وانفعالاتنا حول المواقف؛ لأن ذلك يساعدنا على مراقبة أنفسنا، وتحديد أفكارنا المشوهة.

سجل اضطراب التفكير

اليوم	الموقف	التفكير الأتوماتيكي	الانفعالات	الاستجابة التكيفية
الأحد	**١- ما هو الموقف الذي أدى إلى الشعور بعدم السعادة؟ - غضب صديقي مني.**	**١- بماذا تفكر الان؟ "لابد أنه غاضب مني، وسأظل وحيداً مدى الحياة.**	**١- ما هي الانفعالات التي تشعر بها (قلق، حزن، اكتئاب، الخوف، اليأس، الملل، كرة الذات؟ الجواب: الحزن، والخوف، واليأس.**	**١- ما هي انواع التشويهات المعرفية المستخدمة؟ الجواب: الاستنتاج العشوائي (القفز إلى النتائج).**

التشويه الثامن: تشويه عبارات الوجوب (ما يجب ان تكون عليه الأحداث):

تقول المدربة: "عبارات الوجوب عبارات حتمية يقيد الفرد بها نفسه أو الآخرين، حيث يفرض معايير جامدة ومحددة لا مرونة فيها، ودائماً يحاول الفرد أن يتحرك في حياته من خلال العبارات التالية:

مثال: "يجب أن أفعل ذلك، وينبغي ان انجز هذا العمل اليوم"، لابد أن أكون الأفضل دائماً في عملي". "يجب أن يكون الناس صادقين معي في جميع الأحوال ومهما تكن الظروف". تجعل مثل هذه العبارات الفرد يشعر بعدد من الانفعالات غير الضرورية والمزعجة وبأنه تحت ضغط وعدم ارتياح وتؤدي إلى شعوره بالإحباط وضعف الدافعية، وكره الذات، والشعور بالذنب، والخجل؛ وذلك لأن أحداث الحياة والآخرين لن يلتزموا بالأشياء التي يريدها الفرد ولن يلتزموا بوجبياته وتوقعاته. لذلك على الفرد ان يعدل من وجوبياته حتى يستطيع ان يخفف من حدة الانفعالات السلبية لديه.

التشويه التاسع: التسمية وأخطاء التسمية (إلصاق صفة ما بنفسك أو بغيرك):

تقول المدربة: إن هذا النمط من التفكير المشوه يخلق الفرد صورة سلبية عن ذاته، معتمداً على أخطائه، وهذا شكل متطرف من أشكال التعميم، وان الفلسفة وراء ذلك هي أن الحكم على الفرد يكون من خلال الأخطاء التي قام بها.

مثال:

عندما تعرضت دعاء للطلاق، قالت:"انا فاشلة ولا أصلح لشيء"، بدلاً من ان تقول لقد أخطأت في طريقة تعاملي مع زوجي.

أن عنونة أو تسمية الفرد لذاته بألقاب مثل:"انا فاشل، أو انا غبي، أو انا لا أصلح لشيء"، لا تؤدي فقط إلى هزم الذات، بل أيضاً تدل على تفكير مشوه ولا عقلاني، وان حياة الفرد سوف تصبح معقدة، وسوف تكون أفكار الفرد وانفعالاته وأفعاله مشتتة، وبعبارة أخرى على الفرد ان لا يضع قوالب معنونة سلبية يحصر فيها ذاته، وعليه ان يفكر بنفسه وأنه قد نجح في أعمال، وقد يفشل في أعمال أخرى، وهذا النجاح والفشل قد يكونان بشكل دوري وليس دائم، مثل الفرد الذي يفشل مرةً في امتحان، لا يعني أنه غبي وسوف يفشل في كل الامتحانات. وكذلك إذا تعاملنا مع الآخرين بناءً على إعطائهم تسميات أو ألقاب، فان ذلك سوف يؤدي إلى خلق مستوى من العدوانية، وعلاقات غير متكيفية مع الآخرين. ومثلاً عندما يقول الفرد أن صديقه اناني، ويبدأ بالتعامل معه بناءً على هذه التسمية، فان ذلك سوف يخلق علاقات متوترة معه، لان هذا الفرد سوف يفسر كل سلوكات صديقه من خلال تلك التسمية".

التشويه العاشر: الشخصانية (جعل الأمر شخصي):

تقول المدربة: " أن هذا النوع من التشويه المعرفي، يشكل الأساس في شعور الفرد بالذنب، فالفرد يعتبر نفسه مسؤولاً عن الأحداث السلبية إذا لم تحدث بشكل جيد، فالفرد دائماً يستنتج أن ما حدث هو خطأه، أو بسبب عدم كفاءته حتى لو لم يكن هو المسؤول عن ذلك.

مثال:

عندما تدهورت حالة المريض، ولم تنجح العملية شعر الطبيب بأنه غير جيد وغير كفؤ، وأنه المسؤول عن ذلك، لأنه فكر بأنه غير ناجح وغير كفؤ، ويقول لنفسه: "لو كنت طبيباً كفؤ لما تدهورت حالة مريضي، أنها مسؤوليتي بان يصبح المريض أفضل ويتعافى". ان الشخصانية تؤدي إلى شعور الفرد بالذنب والمعاناة؛ لان الفرد يحاول دائماً حمل أعباء وفشل الآخرين على عاتقه ويحمل نفسه مسؤوليتها.

- تقوم المدربة بتوزيع نشرة إلى أعضاء المجموعة حول انواع التشويهات الذي يعود إلى هذه الفكرة.
- استخدام الجدول التالي لتعبئة المعلومات، وذلك بمساعدة المدربة.

الرقم	الأفكار	نوع التشويه
١.	**أنها تعتقد بانني ضعيف.**	
٢.	**المديرة لا تحبني، انا متأكد.**	
٣.	**ربما يعتقدون بانني غير كفؤ.**	
٤.	**انا أعلم بأنه لن يوافق.**	
٥.	**سوف تسوء الأحوال.**	
٦.	**يوجد خطر قادم.**	
٧.	**سوف أرسب في الامتحان.**	
٨.	**باقي المعلومات لا تهم، هذه هي النقطة البارزة، يجب ان أركز على التفاصيل السلبية وأتجاهل كل المظاهر الإيجابية للموقف.**	
٩.	**لا أحسن الألعاب فانا لا فائدة مني في الألعاب.**	
١٠.	**كل شيء أقوم به يصبح خاطئاً.**	
١١.	**من المصيبة ان تأتي الأمور كما لا أريد.**	
١٢.	**سيكون أمراً فظيعاً لو أفشل.**	
١٣.	**أشعر بانني غير كفؤ فانا كذلك.**	
١٤.	**انا غير مرغوب بي.**	
١٥.	**انا السبب في حصول الحادث، لو لم أكن موجوداً لما صار الحادث.**	
١٦.	**إما ان أكون ناجحاً أو فاشلاً.**	
١٧.	**العالم إما ان يكون أبيضاً أو أسوداً.**	
١٨.	**يجب ان أبلي جيداً، وإذا لم أفعل، إذن فانا فاشل.**	
١٩.	**تلك النجاحات كانت سهلة، لذلك فهي لا تهم.**	

الجلسة الثامنة

قراءة الأفكار

الأهداف:

١- أن توضح المدربة للأعضاء ما المقصود بقراءة الأفكار كأحد التشويهات المعرفية.

٢- أن توضح المدربة للأعضاء دور قراءة الأفكار في التأثير على الوضع النفسي للفرد.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١) ترحب المدربة بالأعضاء وتشكرهم على مجيئهم والتزامهم بالمواعيد وتسألهم عن صحتهم وأحوالهم.

٢) تناقشهم حول انطباعاتهم عن الجلسة السابقة. وتناقش الواجب البيتي الذي أعطته لهم مع توضيح أية استفسارات لديهم.

٣) بعد ذلك تبدأ المدربة جلستها بطرح موضوعها من خلال طرح مشكلة معينة على الأعضاء. تقول المدربة: هل صادف أحدكم موقفاً شعر فيه أنه قادر على معرفة ما يفكر فيه الآخرون دون ان يسمعهم يقولون.

تبقي المدربة هذا التساؤل وتوضحه من خلال مثال تطرحه.

أبو محمد رجل متقاعد لديه مشروعه الخاص في الخياطة، لدى أبو محمد موعد مع إحدى محلات العرض وذلك لتسليم ما لديه من عمل، وكان هذا العمل قد استغرق ثلاثة شهور لانجازه، وهو في طريقه اليوم لتسليمه، ومنذ ان خرج أبو محمد من عمله، بدأت الكثير من الأفكار تراوده، إحدى هذه الأفكار (أعتقد ان صاحب صالة العرض لن يعجبه عملي)، (مدير الدار لديه شك حول قدرتي على انجاز العمل بالشكل الصحيح). وكثير من هذه الأفكار راودت أبا محمد وسيطرت عليه وأثرت على نفسيته ومشاعره. فبعد ان كان يشعر بالفرح لانجازاته، بدأت تظهر عليه مشاعر الحزن والتشاؤم، وأخذت تراوده أفكار بتأجيل موعد التسليم.

تطرح المدربة التساؤل الذي طرحته في بداية الجلسة، هل صادف أحدكم ان فكر بهذه الطريقة. مع أخذ إجابات الأعضاء، تحاول المدربة ان توضح لهم ان التفكير بهذه الطريقة يدعى قراءة الأفكار، وهو أحد التشويهات المعرفية.

٤) بعد ذلك تنتقل إلى فكرة أخرى وهي العلاقة بين النظرة السلبية للأمور وبين التفكير بهذه الطريقة. وأثر مثل هذه الأفكار سلبياً على صحة الفرد النفسية والجسدية، مع أخذ تعليقات الأعضاء على ذلك.

٥) تنهي المدربة الجلسة بالتعاون ما بينها وبين الأعضاء بعمل تلخيص كامل عن الجلسة.

الواجب البيتي:

تقوم المدربة بإعطائهم واجباً بيتياً، وهو سجل الأفكار، بحيث يقوم كل عضو منهم بعمل سجل أفكار خاص به.

يحدد هذا السجل الموقف الذي تعرض له والمشاعر التي روادته والأفكار التي سيطرت عليه، وفي الوقت نفسه الأفكار المغايرة للأفكار التي سيطرت عليه، وهو ما أسمته المدربة بالأدلة المناقضة والمشاعر المترتبة على ذلك.

ولتوضيح ذلك قامت المدربة بعمل مثال على ورقة:

سجل الأفكار (قراءة الأفكار)

الموقف	الانفعال (٠-١٠٠)	الأفكار التلقائية	الأفكار المناقشة للفكرة التلقائية	الانفعالات المترتبة على ذلك (٠-١٠٠)
تسليم المشروع	**خوف ورعب ٩٠%**	**لن يعجب المدير عملي**	**أعتقد انني عملت بشكل جيد وسبق ان أثنى المدير على عملي**	**استرخاء وراحة**

٦) في نهاية الجلسة تذكر المدربة الأعضاء بكتابة انطباعاتهم عن الجلسة.

الجلسة التاسعة

التشويهات المعرفية

الأهداف:

١- تدريب الأعضاء على كيفية مواجهة التشويهات المعرفية.

٢- تدريب الأعضاء على تخفيض مستوى الاكتئاب.

٣- مساعدة الأعضاء على تطبيق ما تعلموه داخل الجلسة الإرشادية علـــى أحـــداث الحيـــاة اليومية.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١- الترحيب بأعضاء المجموعة الإرشادية.

٢- مناقشة المهارة التدريبية، ومناقشة أي صعوبات عند تطبيق المهارة.

٣- وبعد ذلك تقول المدربة: "تعلمنا في الجلسة السابقة تعريف التشويهات المعرفية وانواعها والتي تؤثر على سلوكاتنا وحياتنا، وسوف نتعلم الان كيف نتعامل مع هذه الانـــواع مـــن التشويهات المعرفية، وكيف نقلل منها، وكيف نتكيف مع الأفكار الجديدة.

كيف نعمل على إعادة بناء طريقة جديدة للتفكير؟

إعادة بناء طريقة جديدة للتفكير بدلاً من استخدام التشويهات المعرفيـــة، عـــن طريـــق تحديـــد الأفكارالمشوهة، ووصف نوع التشويه المعرفي، ثم استبدال الأفكارالمـــشوهة بأفكـــار إيجابيـــة عقلانية، وتسمى هذا الاستبدال بمهارة المواجهة وعدم الاستسلام للاكتئـــاب. وكـــذلك بمهـــارة التغذية الراجعة العقلية، حيث تعتبر طريقة ناجحة في المراقبة الذاتيـــة للتـــشويهات المعرفيـــة، وحيث تبدأ الأفكارالمشوهة بالازدياد لدى الفرد وتستمر لفترة زمنية، وعندما يبدأ الفرد بالمراقبة الذاتية لهذه الأفكار، فأنه يبدأ بالشعور بمدى التأثير السلبي لهذه الأفكار عليه. لذلك يبدأ الفرد في محاولة ضبطها والتخلص منها من خلال ما يسمى بالمراقبة الذاتية والضبط الذاتي، وعندما يبدأ الفرد بممارسة المراقبة الذاتية والضبط الذاتي يبدأ بالشعور بالتحسن والتكيف مع الأحداث؛ لأنه يصبح أكثر وعياً لتفكيره وسلوكه.

الأفكار المشوهة (تحديدها) انتقاد الذات	التشويهات المعرفية نوع التشويه (وصفها)	الاستجابة الإيجابية (العقلانية) حماية الذات
١- * لم انجح في أي عمل في حياتي. * ان الأشياء تسير بعكس ما أريد انني أشعر بالاكتئاب. * لا قيمة لأي شيء أقوم به. * ليس لدي القوة للقيام بذلك. * سوف أفشل عند قيامي بأي عمل. * علي ان انام على سريري فالنوم يساعدني على النسيان والهرب وتجنب الناس.	التعميم الزائد	هذا كلام غير منطقي، انا أقوم بأشياء كثيرة وجيدة، ومفيدة لي ولغيري.
٢- انا دائماً فاشل ولا فائدة مني.	التعميم الزائد	انا لست دائماً فاشل، بعض الأحيان أفشل.
٣- إذا لم أحصل على ما أريد فانا فاشل، ولا أصلح لشيء.	كل شيء أو لا شيء	لقد حصلت على أشياء كثيرة أريدها، ولكني لا أستطيع ان أحصل على كل شيء أريده.
٤- ملاحظات مشرفي هي انتقاد وتقليل من شاني.	التصفية العقلية	ملاحظات مشرفي تهدف إلى مساعدتي على تطوير نفسي.
٥- انني لا أعجب الآخرين، كلما تعاملت مع أبنائي أشعر أنهم يكرهونني. ولن تكون لي علاقة جيدة مع أحد. انني شخص غير محبوب، انا سخيف.	التعميم الزائد	انا انسان جيد، ناجح، لدي قدرات، بذلك سوف أعجب أبنائي. وإذا لم أستطع السيطرة على تفكيري، علي ان أذكر نفسي ان التفكير مهارة يمكن تعلمها.
٦- من المستحيل ان أعمل ذلك وحدي، فهذا العمل يحتاج إلى سنوات.	التعميم الزائد، وكل شيء أو لا شيء	يمكن ان انجز العمل على فترات مختلفة، فليس ضرورياً ان انجزه اليوم.
٧- أشعر بأن الرياضة مملة، وليس فيها إثارة، ولا أشعر برغبة في ممارستها.	الاستدلال الإنفعالي	يبدو ان الرياضة مملة بالنسبة لي، لكنها مهمة بالنسبة لي، وعندما أكون غير مكتئب سوف أشعر بالسعادة في ممارستها.
٨- أن مدح المشرف لي كان مجاملة فقط.	التقليل من شان الأحداث الإيجابية	مدحني المشرف لان لدي قدرات استطاع ان يكتشفها.

أن الأفكارالمشوهة تشعر الفرد بعدم القيمة من خلال انتقاده السلبي لذاتــه، واســتخدامه عبارات تشحن مشاعره بشحنة سلبية، وتؤدي إلى اليأس، وضعف الثقة بالذات، وحتــى يقــاوم الفرد مثل هذه الأفكار عليه ان: يدرب نفسه على إدراك وكتابة الأفكارالمشوهة التي يفكر بهــا الفرد، وان يتعلم لماذا هذه الأفكارالمشوهة؟ وكذلك يدرب نفسه على استبدال هذه الأفكار بأفكار غير مشوهة (عقلانية).

إلى ماذا تؤدي الانفعالات السلبية:

١- **اليأس:** عندما يشعر الفرد باليأس، يفقد اهتمامه بالأشياء الحالية، ويشعر أنه لم يعــرف السعادة في الماضي، ولن يشعر بها في المستقبل، ويشعر وكان أي نشاط يقوم به عــديم الأهمية؛ لأن الفرد يكون متأكداً أنه ليس لديه أي دافعية لشيء.

٢- **العجز المتعلم:** قد ينتهي الفرد إلى القناعة بأنه لا يملك خيارات فعلية وان سلوكه لا أثر له على البيئة، فهو يشعر بأنه لا يستطيع ضبط المواقف أو الحــصول علــى إرضــاء الحاجات أو التخلص من المعاناة، ولا يمكنه أن يقوم بأي عمل يجعله يشعر بالــسعادة؛ لأنه مقتنع بأفكار سلبية تسيطر على سلوكاته، مثل: أنه انسان ليس له حظ، أو هذا قدره في الحياة. أن الذين لا يشعرون بالعجز لا ينزلقون إلى هاوية اليأس والاكتئاب، لــذلك لابد من أن ينمي الفرد شعوره بالكفاءة والاستقلال؛ لأن حل المشكلات الفعال واكتساب الإحساس بالرضا عن الذات يساعد في الوقاية من الشعور بالعجز.

٣- **سحق الذات:** يمكن للفرد ان يسحق ذاته من خلال عدم قيامه بأي عمل، مثــل: عنــدما يطلب من فرد ما القيام بعمل، فأنه يبدأ بالتفكير بأنه من المستحيل القيام بهذا العمل، بدلا من التفكير بأن عليه أن يجزأ العمل إلى أجزاء ليسهل القيام به.

٤- **الخوف من الفشل:** يتوقع الفرد دائماً الفشل في أي عمل يقوم به، لذلك فان هذا التوقــع سوف يؤدي به إلى الإحجام عن القيام بالعمل خوفاً من الفشل، فالفرد دائماً يردد عبــارة "إذا فشلت في هذا العمل، فمعنى ذلك انني سوف أفشل في كل شيء". هذا التفكير مشوه؛ لأنه لا يوجد فرد فاشل، ولا يوجد فرد ناجح دائماً.

٥- **الخوف من النجاح:** يظهر الفرد فقدأنه لثقته بذاته، فالنجاح يبدو له أكثر خطــورة مــن الفشل؛ لان الفرد يعتقد أن النجاح يعتمد على الحظ، فهو عندما يقوم بعمل مــا يعطــي أهمية لردود فعل الآخرين، فإذا لم يتفق النجاح مع ردود فعل الآخرين سوف يؤدي إلى الاكتئاب والتعاسة، ويكون الخوف من النجاح هو خوف من المــسؤولية الجديــدة؛ لأن

الفرد يشعر بأن الآخرين سوف يضعون عليه مسؤوليات جديدة تتطلب منه أعمالاً جديدة، ونجاحات أخرى، لذلك يشعر بان هذه المواقف تشكل خطورة عليه.

٦- **الخوف من عدم الاستحسان والانتقاد:** يعتقد الفرد أنه إذا حاول القيام بعمل جديد، فان أي خطأ سوف يقابل بانتقاد وعدم رضا الآخرين؛ لأنه يعتقد أن الناس سوف لا يقبلونه إذا كان غير كفؤ أو كامل، فالخوف من رفض الآخرين وانتقادهم يجعل الفرد متردداً في القيام بالأعمال.

٧- **الإجبار والاستياء:** إن إحساس الفرد بأنه مجبر، هو من أكثر العوامل التي تؤثر سلباً على مستوى دافعيته وتكيفه. فالفرد يشعر بأنه تحت ضغط هائل لإكمال أو الأبداَع في العمل، خاصةً إذا كان الفرد يقوم بأعماله باستخدام الوجوبيات واللزوميات، فالفرد يقول لنفسه: "يجب ان أقوم بهذا العمل، لابد ان انجز ذلك، فيضع الفرد نفسه تحت ضغط هائل، ولا يشعر بالرضا أو التكيف.

جميع هذه الانفعالات السلبية تؤدي إلى سلوك إيذاء الذات، وقد تكون هذه الانفعالات سبباً لكثير من المشكلات السلوكية مثل: نوبات الغضب، الشعور بالإرهاق، الفشل المدرسي، النشاط الزائد، والمشكلات النفسية الجسمية (الصداع، وآلام المعدة)، وعدم إظهار الفرح أو السرور، وقد تعوز الفرد روح الفكاهة ونادراً ما يضحك، وكذلك اضطرابات في النوم، وسرعة البكاء والتهيج، والتمسك بالدعم الخارجي، واللامبالاة والانعزال، والقلق الزائد، وعدم الرغبة في عمل أي شيء، وفقد الاهتمام بالرياضة أو اللعب، وصعوبة إثارة اهتمام الفرد بأي شيء، والشعور بالنبذ وبأن الفرد غير محبوب.

للتغلب على حالة العجز والاكتئاب:

- إن مشاعر الغضب والاكتئاب مشاعر مؤقتة، وإن التعبير عن جميع أشكال المشاعر ومناقشتها هو أمر مشروع، فالحزن يجب ألا يخفى أو ان تتم تغطيته بسرعة، ومشاعر الحزن ينبغي الإعلان عنها ومناقشتها بتعاطف مهما كانت الأسباب المؤدية لها.
- ومن المهم تطوير مهارات وميول الفرد على نحو واسع؛ لان مفهوم الذات الجيد والقوي تتم تقويته بالكفاءة في مجالات متعددة، وليس بالتخصص في مجال واحد. ثم يعطي الفرد أساساً جيداً ليقرر فيما بعد المهارة التي ينبغي ان يطورها الفرد بشكل أكمل، وبالإضافة إلى ذلك، فإن الفرد يحصل على معلومات مرتدة إيجابية من الآخرين في كل مجال من

مجالات الميل والكفاءة. ولذا يصبح الفرد أقل هشاشة وأقل تهديداً نتيجة لفقدان مهارة واحدة أو فرد واحد.

- أن يجعل الفرد بيئته قابلة للضبط والتنبؤ نسبياً، ويعني ذلك ان الفرد يجب ان يشعر بان له دوراً في التأثير على ما يجري في حياته.

- يصبح الفرد معرض للاكتئاب إذا اعتمدت قيمة الذات لديه بشكل أساسي على مصدر واحد أو اثنين. ان بعض الأفراد يتعلقون تعلقاً شديداً بشخص إلى الدرجة التي يصل غالباً لحد الإقصاء العاطفي لأي شخص آخر، ففقدان الاستحسان يصبح أقل تهديداً عندما تتوافر للفرد مصادر متعددة من الاستحسان والتقبل.

- الحديث الإيجابي مع الذات: ان الجمل الذاتية السلبية تجعل الأمور أسوأ، مثل: "ان الأمور لن تتحسن أبداً"، و"انني لا أستحق السعادة"، أو "ان إيذائي لنفسي سوف يحسن الوضع". وبوسع الفرد ان يراقب أفكاره الذاتية. وان مشاعره سوف تتحسن إذا تعلم كيف يقول لنفسه جملاً ذاتية إيجابية تعمل كمضاد لمشاعر الذنب والتشاؤم، فالتفكير بإيجابية يؤدي إلى العمل بإيجابية مثل: "ان الأمور سوف تتحسن"، أو "قريباً سوف أشعر بالسعادة من جديد"، أو "ان أصدقائي سوف يساعدونني لتتحسن مشاعري"، أو "توقف عن الرثاء لنفسك وافعل شيئاً"، أو "إذا ساعدت الآخرين فان هذا يحسن مشاعري".

- التخطيط لنشاطات ممتعة بالاشتراك مع الآخرين، مثل: التنزه ومشاهدة المباريات الرياضية، أو الاشتراك بها.

- أن يضع الفرد أهداف فيها تحدٍ، وفي الوقت نفسه قابلة للتحقيق، ويتوقع من الفرد أن يحققها.

- أن يشجع الفرد على المحاولة وأخذ المبادرة بدلاً من أن يستخدم أسلوباً سلبياً في المواقف المختلفة، كل ذلك من أجل تكوين مناعة لدى الفرد ضد الوقوع بسهولة في حالة الاكتئاب والعجز عندما لا تسير الأمور بطريقة صحيحة.

- ضمان وضع الأهداف وانجازها بغض النظر عن مدى أهميتها، مثلاً قد يرغب فرد في ان يشعر مثلاً بأنه يستطيع المساعدة عن طريق قيامه بعمل إضافي. والأهم ان يدرك الفرد بان سلوكه هو ما يؤدي إلى المكافأة الداخلية أو الخارجية؛ لان هذا الإدراك يعمل بشكل مباشر كمضاد للشعور باليأس بان ما يفعله الفرد لا أهمية له، ويؤدي إلى شعور إيجابي بالانجاز، ويشكل محوراً للاهتمام ومتنفساً للطاقة.

- تقليد الفرد للأفراد ذوي الحظ الطيب في حياته وليس فقط ذوي الحظ المتعثر؛ لتـــأثيرهم المباشر في تطوير التشاؤم أو التفاؤل لدى الفرد عن طريق المثل الذي يقدمونه بسلوكهم، لأن الأفراد الذين يركزون على المشكلات والمآسي في الحياة يتــصرف الأفــراد الــذين يتعاملون معهم بالطريقة نفسها، وأفضل مؤشر هو أن يكون الفرد واعياً لكمية الوقت الذي يقضيه الفرد في التحدث عن الموضوعات الإيجابية مقابل الموضوعات السلبية، فإذا كان الجانب المسيطر على المحادثة يسوده القلق والخوف بشان المستقبل، فان المحادثة تولــد جواً سلبياً، وبدلاً من ذلك ينبغي على الفرد النظر إلى المستقبل باهتمام وشوق، فالاتجـــاه التفاؤلي يمكن تكوينه وتنميته. ولذلك على الفرد العمل بدلاً من القلق، وبدلاً من الالتصاق بالمشكلات والتذمر، على الفرد أن يتحرك، ويختصر مشاعر الغضب ولا يؤكــد عليهـــا كثيراً.

الواجب البيتي:

تطلب المدربة من الأعضاء استبدال الأفكارالمشوهة التالية إلى أفكار غير مشوهة.

الأفكارالمشوهة	الأفكار غيرالمشوهة (العقلانية)
أنه يتجاهلني ويريد التخلص من علاقتنا.	
أنه يعتقد انني فاشل.	
لن أحصل على الوظيفة.	
انظر إلى كل هؤلاء الناس الذين لا يحبونني.	
كل ما أقوم به ينقلب ضدي، ويتحول إلى كتلة أخطاء.	
أنه شخص فاسد.	
أنا السبب في كآبة صديقي.	
رفضت من قبل الجميع.	
تلك النجاحات كانت سهلة؛ لذلك هي لا تهم.	

الجلسة العاشرة

قياس شدة العاطفة (الانفعال) لمعرفة الفكرة التلقائية

الأهداف:

١- مساعدة الأعضاء في التعرف إلى عواطفهم وقياسها.

٢- مساعدة الأعضاء على تعلم مراقبة وتسجيل المزاج اليومي.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١) مناقشة الواجب البيتي وسؤالهم عن أية استفسارات حول الواجب البيتي.

٢) توضح المدربة اننا اليوم نريد أن نتعلم مهارة جديدة وهي ملاحظة ومعرفة العواطف أو الناحية الإنفعالية التي يمر بها الفرد، وكذلك محاولة قياسها. والعاطفة يمكن ان توصف بكلمة واحدة كما سبق.

وتؤكد على أن شدة الانفعال تختلف من عضو إلى آخر، وأن شدة الانفعال أمر هام عن طريقها يستطيع الشخص أن يتعرف عليها أو يحددها ويمكن أن يصفها بكلمة واحدة مثل: الفرح، الحزن، الابتهاج، الغضب. ومن المهم تحديد العاطفة التي تمر بالفرد حتى يتمكن من وضع أهداف محددة له، كما أن قياس شدة العواطف يمكن الشخص من ملاحظة تقلب المزاج وتغير عاطفته وانفعالاته وينتبه الشخص إلى المواقف والأفكار المتعلقة بتبدل العاطفة.

التدريب:

تقوم المدربة بطرح نموذج تمثيلي أمام أعضاء المجموعة.

مثال: معرفة العواطف وشدتها:

الحالة: تأخر محمد عن زيارة والده في المركز.

العاطفة: ما هي العواطف التي رافقت هذه الحالة: حزن، فرح... وكم درجة هذه العاطفة.

|...... |...... |......|......|......|......|......|......|......|......|.

١٠٠ ٩٠ ٨٠ ٧٠ ٦٠ ٥٠ ٤٠ ٣٠ ٢٠ ١٠ ٠

وعلى خط متدرج مكون من ١٠ درجات يضع العضو درجة العاطفة التي يمر بها، ويتم التأكيد على أهمية قياس شدة العاطفة في تحسين المشاعر وزيادة قدرة الفرد على التكييف، وذلك من خلال التدريب على الجدول التالي:

الحالة	الأفكار	العاطفة	شدة العاطفة
تأخر محمد عن زيارة والده.	**غير مهتم، مبسوط مع زوجته في مناسبات اجتماعية أو زيارات، زوجته أشارت عليه بعدم القيام بالزيارة...**	**حزن، غضب، ...**	**حزن على الذات ٨٠%. غضب على محمد ٩٠%**

وهناك مهارات محددة ممكن أن تساعدك على تعلم طرق لتحسين عواطفك وتساعد أيضاً على إيجاد السلوك المطلوب وعلى تغيير الأفكار التي تتدخل في طبيعة العلاقات مع الآخرين، حيث أن تغيير الأفكار يمكن ان يساهم في تغيير العواطف. وكلما استطعنا قياس شدة العاطفة توصلنا إلى الفكرة الساخنة أو التلقائية وهي أول فكرة تخطر على بال الشخص عندما يقوم بعمل ما، والتي تزيد من التوتر والتي سبق أن تم التدريب عليها.

٤) مراقبة وتسجيل المزاج اليومي: تؤكد المدربة وتقول كما أسلفنا هناك صلة بين المزاج والمشاعر والانشطة التي يقوم بها الفرد. والفرد المكتئب يكون أكثر سلبية وأقل فاعلية، وتتوقف لديه الانشطة المسلية. ومع زيادة الانشطة تزداد وتتحسن المشاعر ومع قيامك بعشرة انشطة أو أعمال ممتعة خلال الأسبوع فإنك تقوم بتغيرات سلوكية يمكن ان تخفف من اكتئابك، ويختلف الناس فيما يرونه ممتعاً ومن الانشطة الممتعة: قراءة كتاب، التحدث إلى صديق، اللعب بالكمبيوتر، المشي، الاستماع إلى الموسيقى، مشاهدة برنامج مفضل. وتوضح المدربة بأنه يمكن أن تستخدم جدول الانشطة لمراقبة تحسن المزاج وملاحظة التغير المزاجي اليومي من خلال القيام بالانشطة كما في الجدول التالي:

الوقت	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
٨–١٠	الإفطار ٦٠%	الإفطار ٦٠%	الإفطار ٦٠%	الإفطار ٥٠%	الإفطار ٤٠%	الإفطار ٦٠%	الإفطار ٥٠%
١٠–١٢	قراءة جريدة ٤٠%	قراءة جريدة ٦٠%	قراءة جريدة ٦٠%	قراءة جريدة ٧٠%	قراءة جريدة ٥٠%	قراءة جريدة ٥٠%	قراءة جريدة ٥٠%
١٢–٢	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز
٢–٤	الغذاء مع الأصدقاء	الغذاء مع الأصدقاء	الغذاء مع الأصدقاء	الغذاء مع الأصدقاء	الغذاء مع الأصدقاء	الغذاء مع الأصدقاء	الغذاء مع الأصدقاء
٤–٦	التنزه في الحديقة	التنزه في الحديقة	التنزه في الحديقة	التنزه في الحديقة	التنزه في الحديقة	التنزه في الحديقة	التنزه في الحديقة
٦–٨	قراءة قران	قراءة قران	قراءة قران	قراءة قران	قراءة قران	قراءة قران	قراءة قران
٨–١٠	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز	مشاهدة تلفاز

وتطلب المدربة لإكمال هذا الجدول: وضع اسم العاطفة التي تقيس في الوقت المخصص، ونوع النشاط الذي تقوم به في كل فترة، ومن ثم وضع قياس للعاطفة وفق كل فترة. والاستمرار في قياس العاطفة لمدة أسبوع وملاحظة العلاقة بين ما تفعل وبين مزاجك. وعليك ملاحظة ما يلي: هل تغيرت عاطفتي خلال أسبوع؟ وكيف؟ ما هي الانشطة التي ساعدت على تحسن مزاجي؟ ولماذا؟ وما هي الانشطة التي يمكنني القيام بها والتي تشعرني بالراحة؟ وهكذا يطرح الفرد على نفسه مجموعة من الأسئلة، ويفكر في البحث عن انشطة ممتعة يقوم بها تناسب قدراته. وتصل المدربة للخلاصة فتقول أننا عندما لا نقوم بأي عمل فإننا نعيد التفكير بالأمور السلبية مرات ومرات، بينما تساعدنا الانشطة على صرف انتباهنا عن الأفكار السلبية، كما تؤكد إن مراقبة مزاجنا وتسجيل درجات لها يجعلنا على وعي بالتحسن والتغير مما يدفعنا إلى المحافظة على مزاج سليم من خلال القيام بالنشاطات المحببة لنا.

الواجب البيتي:

تشير المدربة إلى أن تعلم أي مهارة جديدة علينا، ومهما كانت بسيطة في نظرنا إلا أنه بتكرارها نقوم باستعمالها باستمرار ونضمن التعلم الفعلي لها والاستفادة منها. ثم نقوم بتوزيع نموذج من الجدول السابق على أعضاء المجموعة من أجل التدريب عليها ومساعدتهم في تعبئتها ومناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة الحادية عشرة

الأفكار البديلة (١)

الأهداف:

١- مساعدة الأعضاء بتبديل الفكرة التلقائية بفكرة بديلة.

٢- مساعدة الأعضاء على زيادة الانشطة السارة في حياتهم وممارستها.

الإجراءات:

١) تقوم المدربة بمناقشة الواجب البيتي, والإجابة عن أية إستفسارات تطرح من قبل الأعضاء.

٢) تقوم المدربة بالإشارة إلى أهمية تبديل الفكرة التلقائية بفكرة بديلة، وذلك من خلال العرض التالي:

عندما لا تؤيد الأدلة أفكارنا التلقائية, علينا أن نكتب تفسيرات بديلة, ثم نعمل على قياس شدة قناعاتنا بالفكرة البديلة والذي يساعدنا على رؤية مدى تأثير المعلومات الإضافية والتي جمعناها لتكوين وجهة نظر جديدة, أي عندما تتحول قناعاتنا من الفكرة التلقائية للفكرة البديلة يقل التوتر والضغط الإنفعالي (العاطفي). على سبيل المثال: إذا اعتقد أحدنا " انني والد غير ناجح " قد تكون الفكرة البديلة " إنني كوالد قد ارتكبت بعض الأخطاء إلا أنني قمت أيضاً ببعض الأعمال الحسنة". نلاحظ أن الفكرة الأولى ركزت على الجانب السلبي والذي جلب الألم النفسي، أما الفكرة الثانية أكثر توازناً وإعتدالاً , توضح ان الوالد قد قام ببعض الأعمال الحسنة وهذه ا لأعمال تخفف الألم النفسي للوالد وتجعله يحس بالراحة.

تطلب المدربة ملاحظة سجل الأفكار التالي:

الحالة	العواطف	الأفكار التلقائية	الأدلة المؤيدة	الأدلة المعارضة	الفكرة البديلة
وجود خلافات أسرية بين أفراد الأسرة..	غضب توتر تعب	أنا رب أسرة فاشل. انا لا أحسن تربية أولادي. مستقبل أولادي غامض.	كثرة الخلافات الأسرية. إرباك البيت والشجار بين الأولاد. الفوضى والعصيان.	قمت بمحاولات سابقة للإصلاح ونجحت. هناك الكثير من المشكلات بين أفراد الأسرة، سيكبرون ويتعلمون. صحيح بينهم خلافات لكنهم لا يؤذوا بعضهم.	هذه المشكلات لن تدوم بن الأخوة ٧٠%. المشكلات جزء من النمو عند الأولاد ٦٠%. سيتعلمون من أخطائهم ٧٠%. الاختلاف علامة صحية ٨٠%.

وتناقش المدربة المثال السابق، وكيف ان الأفكار التلقائية قادت إلى التوتر والضيق لدى الوالد الذي يشعر بالتعب والإرهاق. وتضيف المدربة ننتقل الان إلى كيفية ممارسة مهارة إيجاد الفكرة البديلة:

- يجب أن يلخص من سجل الأفكار، الأدلة الهامة.
- إذا كان الدليل لا يؤيد أفكارك التلقائية، فاكتب فكرة بديلة للحالة بشكل منسجم مع الدليل.
- إذا كان الدليل يؤيد الأفكار التلقائية بشكل جزئي، فاكتب فكرة متوازنة تلخص الأدلة المؤيدة والمعارضة لفكرتك الأولى المبدئية.
- ضع قياساً لقناعتك بالنظرة البديلة أو المتوازنة على سجل في مدى من (٠-١٠٠%).

يتبع التفكير البديل أو المتوازن في كثير من الأحيان توسيع لنظرة الفرد لنفسه أو للحالة التي يعيشها، أو النظر بحيادية للأمور دون انفعال وتوتر، وكما نلاحظ أن التفكير الإيجابي يميل إلى تجاهل المعلومات السلبية، ولذلك قد يكون ضرره كضرر التفكير السلبي، بينما يأخذ التفكير البديل أو المتوازن بعين الاعتبار كلا المعلومات السلبية والإيجابية.

ثم تقوم المدربة بتوزيع النموذج التالي على أعضاء المجموعة للتدريب عليه أثناء الجلسة، مع طرح مثال واقعي من حياة الأعضاء والمواقف التي تحصل معهم.

١- الحالة	٢- العواطف	٣- الأفكار التلقائية	٤- الأدلة المؤيدة	٥- الأدلة المعارضة	٦- الفكرة البديلة

وهناك بعض الأسئلة المساعدة على استنتاج فكرة بديلة أو متوازنة:

- لو كان هناك شخص عزيز عليك في هذه الحالة, وحمل هذه الأفكار, ولديه هذه المعلومات, ماذا ستكون يا ترى نصيحتي له؟ كيف يمكن ان أقترح طريقة لفهم الحالة؟
- لو كانت فكرتي التلقائية صحيحة, فما هي يا ترى أسوأ النتائج؟
- ولو كانت فكرتي التلقائية صحيحة، فما هي يا ترى أحسن النتائج؟
- وما هي النتيجة الأكثر واقعية لو كانت الفكرة التلقائية صحيحة؟

تطلب المدربة من أعضاء المجموعة إعطاء الأمثلة, وتشجع مشاركة الجميع لتوليد العديد من الأفكار والتي قد يكون بينها فكرة بديلة مناسبة.

تقوم المدربة بإعطاء مثال لتطبيقه على سجل الأفكار البديلة :

فرح سيدة تبلغ الثامنة والثلاثين من العمر, تعاني من حالة عدم توازن واضطراب, بدأت تشعر بفقدان السيطرة على حياتها, وخاصة في الستة أشهر السابقة، وكانت قد حاولت الانتحار مرة وهي في الثامنة عشر، والثانية في الخامسة والعشرين من العمر، وتخاف الان ان يصل بها الحال وتقوم بما فعلته سابقاً.

تعرض المدربة سجل الأفكار التالي، وتطلب تأمله وبشكل خاص الأدلة المؤيـدة والمعارضـة والفكرة البديلة.

١- الحالة	٢- العواطف	٣- الأفكار التلقائية
في المنزل بمفردي يوم عطلة ٩،٣٠ مساءً.	إكتئاب ١٠٠% خيبة أمل ٩٥% فراغ ١٠٠% مشوشة ٩٠% خيال٩٥%	أرغب بفقدان المشاعر كي لا أحس بالألم. انني لم أستطع ان أحقق أي تقدم. أنني مشوشة الذهن كثيراً ولا أتمكن من التفكير. لم أعد أعرف ما هو حقيقي وما هو خيال. ألم شديد وأتمنى الموت. لا شيء يمكن ان يفيد. ليست الحياة جديرة بالعيش. انني فاشلة تماماً.

الأدلة المؤيدة	الأدلة المعارضة	الأدلة البديلة
أنني أشعر بالفراغ داخلي. ليس لـي إلا المـوت الألـم لا يحتمل. الموت هو الخلاص الوحيد. لقد حاولت العديد من المعالجات النفسية واستعنت بالمعـالجين, والكثير من الأدوية, ولم أستفد منها شيئاً.	في الماضي ساعدني الحديث عن الألم في تحسنه. تمنيت الموت من قبل, ولكني تجاوزت تلك المرحلة. انني أتعلم التفكيـر بـشكل مختلـف, ويمكن لهذا أن يساعدني, إلا انني غير متأكدة. صديقتي ترى أن لدي صفات إيجابيـة وهناك ما يمكن أن أقدمه للعالم. أشعر بالتحسن في بعض الأيام, والألم قليل.	رغم الألم العاطفي إلا أن الكـلام يمكن ان يخفف عني كما حـدث بالماضي (١٥%). من الأهمية أن أدرك بـان هـذه المشاعر لا تطـاق ولـن تـدوم وسأشعر بالتحسن مجدداً (١٠%) المـوت لـيس الحـل الوحيـد (٢٠%). أتعلم مهارات جديدة ستـساعدني في تغيير عادات قديمة (١٥%).

- تقوم المدربة بمناقشة النموذج السابق مع اعضاء المجموعة والإجابة عن الاسئلة التي يتم طرحها. وتأكيد الأفكار البديلة من خلال تنفيذ الفكرة التلقائية وبيان بطلأنها ونقاط الضعف فيها، وتؤكد المدربة للأعضاء على النظر إلى أفكارهم التلقائية على أنها فروض عمليـة يمكن التحقق منها ومعرفة صحتها إمبريقياً. وبعد بيان بطلأنها تدعو للتخلص منها.

٣) زيادة الانشطة السارة Increasing Plaeasant Activiteis (٢٠ دقيقة)

تشجع المدربة الأعضاء على زيادة الانشطة المحببة لهم والتي تبعث على البهجة والسرور، والتي يمكن ان يقوموا بها ضمن التفاعلات الاجتماعية الإيجابية والانشطة الأخرى. ولكي يتمكن الأفراد من تحقيق ذلك يمكن ان يتدربوا على وضع أهداف واقعية، ووضع خطة لتحقيق التغيير السلوكي، ويمكن ان يقوم الفرد بمكافأة نفسه بعد كل نجاح.

التدريب: تطلب المدربة ان يفكر كل منهم بالنشاط المحبب بالنسبة له، ويسجله في ورقة (خمس انشطة على الأقل)، وكيف كان مزاجه وعواطفه أثناء قيامه بهذا النشاط. تقوم المدربة باستعراض الانشطة المحببة لكل منهم، وتشجع قيامهم بها، وتدعوهم للاستمرار فيها. وتقارن بين انشطتهم المحببة وتؤكد ان لكل منهم نشاطه المحبب والخاص به والذي يبعث في نفسه السرور. وتؤكد المدربة ان ما يحبه الشخص ويهواه يجب ان يمارسه، وإذا ما تم إشباع الرغبات بانشطة محببة فان النتيجة هي الشعور بالمتعة والأهمية للفرد. وتدعو الأعضاء إلى الزيادة في الانشطة المحببة لهم وعدم اللجوء للعزلة والانطواء مبعث لحالة الاكتئاب وسوء التكيف بالنسبة لهم.

الواجب البيتي:

تقوم المدربه بإعطاء الأعضاء نفس الجدول السابق (سجل الأفكار) وتطلب إعطاء أمثلة واقعية تخص الأعضاء, ويتم مناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية عشرة

الأفكار البديلة (٢)

الهدف:

- مساعدة الأعضاء على تقييم الدليل مع أو ضد الفكرة البديلة.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

الترحيب بالأعضاء وسؤالهم عن مدى التحسن الذي لمسوه في أفكارهم وعواطفهم جراء البرنامج واستخدام سجل الأفكار، والحديث معهم وإعلامهم **أن** هناك مهارات أخرى سيتعلمونها لاحقاً تمكنهم من الوصول إلى تحسن في تكيفهم النفسي.

١) مناقشة الواجب البيتي: وتلاحظ المدربة التطور والتحسن الذي طرأ على الأفراد خاصةً فيما يتعلق بالجزء الأخير من الجدول (الأدلة البديلة والأدلة المعارضة والأفكار البديلة).

٢) الأفكار البديلة أو المتوازنة: الأفكار البديلة أو المتوازنة ليست مجرد أفكار إيجابية أو محاولة للتبرير. ولكنها تعكس معاني جديدة للحالات انطلاقاً من كل الأدلة المتوفرة. وتوضح المدربة **أن** المشاكل التي يمر بها الفرد يمكن حلها من خلال النظر إليها من منظور آخر، أو قد نخفف من شدة الانفعال المرافق لها، وبالتالي تتغير النظرة السلبية للموقف وتعلمنا في الجلسات الماضية الوعي للفكرة التلقائية اتجاه تجربة ما، وكذلك الوعي للأفكار المؤيدة والمعارضة والأفكار البديلة. وسنقوم الآن بالتركيز والعمل لكي يصل إلينا جميعاً هذا الوعي ولنتمكن جميعاً من التعرف على متطلبات ومهارات الوصول للأفكار البديلة.

تقول المدربة سنلاحظ أنه من السهل على الشخص ان يجد عادةً الدليل المؤيد لفكرته التلقائية، أما إذا أحب إيجاد الدليل غير المؤيد ولم يستطع فسأقدم مجموعةً من الأسئلة المساعدة لإيجاد الدليل مرفقة مع نموذج سجل الأفكار الذي ستقومون بتعبئته.

الأسئلة المساعدة لمعرفة الأدلة غير المؤيدة لفكرتك التلقائية:

١- هل مرت علي تجارب تشير إلى **أن** هذه الفكرة ليست دوماً صحيحة؟
٢- لو فكر صديق أو عزيز علي بهذه الطريقة فماذا يمكن **أن** أقول له يا ترى؟
٣- لو عرف صديق لي أو عزيز علي باني أفكر بهذه الفكرة فماذا يمكن ان يقول لي يا ترى؟
٤- وما هي الأدلة التي يمكن **أن** يقدمها لي ليثبت **أن** فكرتي غير صحيحة تماماً (١٠٠%)؟
٥- عندما لا أشعر بهذه المشاعر فهل أنا أفكر بمثل هذه الفكرة؟ أم بطريقة مختلفة, وما هي؟
٦- ماهي الأمور التي جعلتني أشعر بالتحسن, عندما فكرت بهذه الطريقة في السابق؟
٧- هل مررت بمثل هذه الحالة من قبل؟ وماذا حدث ؟ وهل هناك فرق بين هذه المرة والمرة السابقة؟ وماذا تعلمت من التجارب السابقة مما يمكن **أن** يعينني الان؟
٨- هل هناك أمور صغيرة تعارض أفكاري والتي ربما أعتبرها غير هامة؟
٩- إذا نظرت إلى هذه الحالة من جديد, بعد خمس سنوات من الآن, هل يمكن **أن** آراها بشكل مختلف؟ وهل يمكن **أن** أركز التفكير على جوانب أخرى من هذه الحالة؟
١٠- هل هناك عوامل قوية وإيجابية بي أو في الحالة, والتي ربما أتجاهلها؟
١١- هل ألوم نفسي على أمر لم يكن لي السيطرة الكاملة عليه؟

وتؤكد المدربة على أهمية الكشف عن الأدلة التي تثبت عدم صحة مفاهيمنا وأفكارنا التلقائية، وخاصة عندما نكون في حالة انفعال عاطفي شديد, ومفتاح تخفيف شدة العاطفة (الانفعال) يكمن في البحث عن الأدلة المؤيدة والمعارضة.

الواجب البيتي:

تقوم المدربة بطرح الأسئلة حول ما دار بالجلسة, وتوزع المدربة نماذج من جدول سجل الأفكار لأعضاء المجموعة ليقوموا بالتدريب عليها بعد الجلسات، ومن خلال عرض مثال واقعي وحقيقي في حياة الأفراد.

١- الحالة	٢- العواطف	٣- الأفكار التلقائية	٤-الأدلة المؤيدة للفكرة التلقائية	٥- الأدلة غير المؤيدة للفكرة التلقائية
المشاركة في مناسبة اجتماعية (زواج أحد الجيران).	الحزن الغضب	لم يرحب بي أهل العرس الترحيب الذي يليق بي. تم تجاهلي أكثر من مرة. لديهم اهتمام بغيري أكثر مني.	أكثر من واحد من أهل الفرح تجاهلني. هناك تاريخ سابق من العلاقات غير الجيدة.	الناس مشغولين في المناسبة. كثرة الحضور. ضيف المكان. الكثير من الناس لم يلقوا الاهتمام الكافي.

الجلسة الثالثة عشرة

الأفكار المتوازنة

الأهداف:

١- مساعدة أعضاء المجموعة على تعلم مهارة أخذ المعلومات السلبية والإيجابية أثناء وضع الحلول البديلة.

٢- مساعدة أعضاء المجموعة على توسيع نظرة الفرد لنفسه ولوضعه الحالي.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١) مناقشة الواجب البيتي: مثال: مناقشة المثال الذي ذكره كل واحد من الأعضاء في سجل أفكاره، ووضع له الأفكار التلقائية، والأفكار المؤيدة المعارضة للفكرة التلقائية.

٢) تؤكد المدربة على أهمية ممارسة مهارة التفكير بالنتائج السلبية والإيجابية: من خلال الحلول الممكنة والمتوازنة لتحقيق الفكرة الجديدة والتي يقوم الأعضاء باقتراحها كل على حسب الوضع الذي يناسبه, وإمكانية تطبيق الحل وذلك من أجل ان يتسنى لكل فرد التفكير بالنتائج السلبية والإيجابية لحلوله المقدمة.

وبعد تلك المقدمة تقوم المدربة بالعرض التالي:

وتقوم المدربة بعد ذلك بمناقشة كل سؤال من أجل **أن** تستثيرمزيداً من الأفكار والإستجابات من الأعضاء فيتاح للجميع التفكير بالنتائج السلبية والإيجابية.

أثناء وضعك للأفكار البديلة هل قمت بالتفكير بالأسئلة التالية:
- ماذا كان يدور في ذهني قبيل ان أشعر بالانفعال؟
- إلى ماذا يمكن ان يشير هذا في طبيعتي؟
- ماذا يعني ذلك بالنسبة لي ولحياتي ومستقبلي؟
- ما هو الأمر الذي أخاف وقوعه؟
- ما هو أسوأ ما يمكن **أن** يقع **أن** كان هذا صحيحاً؟
- إلى ماذا يشير هذا حول مشاعر الناس وأفكارهم عني؟
- إلى ماذا يشير هذا بالنسبة للناس بشكل عام ؟

التدريب:

تقوم المدربة بعمل عمود لقياس شدة العاطفة.

بعد ان قمت بكتابة أفكارك البديلة أو المتوازنة, أعد قياس شدة عواطفك, واكتب العواطف وشدتها بوضع درجة مئوية من صفر إلى مئة (٠-١٠٠%).

- وتقدم نفس المثال الذي تم التدريب عليه في الجلسة السابقة.

وتذكر فرح في سجل أفكارها ان شدة عواطفها أصبحت: حزن ٨٥% , خيبة أمل ٩٠%, فراغ ٩٥% , تشوش ٨٥% , خيال ٩٥% .

وتشير المدربة إلى ان سجل الأفكار صمم ليساعدكم على امتلاك نظرة شاملة واسعة للحالة التي تعيشها, مما يجعل ردود أفعالك أكثر توازناً بالنسبة لمجموع ظروف حياتك, وهو يعلمك أيضاً التفكير التلقائي بمرونة وقدرة أكثر. وكلما أكملت كتابة سجلات للأفكار, كلما أصبح من السهل عليك ان تفكر في الحالات بأسلوب أكثر مرونة, وتبدأ في إيجاد أفكار بديلة بشكل تلقائي ومتوازن ودون ان تحتاج لكتابة الأدلة.

الواجب البيتي:

تطلب المدربة من الأعضاء تطبيق مثال على سجل الأفكار, وتوزع نماذج لهذا السجل ليقوم الأعضاء بتعبئتها.

الجلسة الرابعة عشرة

الاسترخاء (١)

أهداف الجلسة:

١- توضيح أهمية مهارة الاسترخاء بشكل عام بالنسبة للفرد في التخلص من المشاكل التي يعانوا منها.

٢- الشروط الأساسية لهذه المهارة.

٣- مساعدة أعضاء المجموعة على الاسترخاء.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١) **مناقشة الواجب البيتي.**

توضح المدربة أهمية الاسترخاء بأنه التوقف الكامل لكل الانقباضات العضلية المصاحبة للتوتر.

والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو النوم وهو يعني ان إرخاء العضلات والتقليص من توترها يؤدي إلى تقليل من الانفعالات المصاحبة للآم والمتاعب الجسدية والنفسية.

فوظيفة الاسترخاء هي تنقية الذهن وصفائه وضبط الأعصاب والقدرة على السيطرة على النفس لئلا يحدث التوتر والانزعاج الذي يحدث بسببه أكثر المتاعب النفسية والجسدية.

إن الإجراء يتعلق بتعلم شد وإرخاء مختلف مجموعات العضلات في الجسم, وبالتالي التمييز بين التوتر والاسترخاء ويساعد هذا في معرفة التوتر بحيث تأمر نفسك بالاسترخاء.

وتؤكد المدربة على أهمية هذه المهارات , وإن عملية التعلم ستكون على شكل تدريجي وتحتاج إلى تمارين منتظمة.

التدريب:

- يقوم المرشد بتطبيق هذه المهارة أمام أعضاءالمجموعة أو يطلب من أحد أعضاء المجموعة القيام بهذا الدور.
- تشير المدربة إلى أهمية الشروط اللازمة للإسترخاء:

١) إرتداء الملابس المريحة أثناء الاسترخاء مثل الملابس الفضفاضة أو أية ملابس قد لا تؤدي إلى التشقق أثناء ممارسة التمارين. كذلك عدم إرتداء العدسات أو النظارات أثناء ممارسة التمارين.

٢) كذلك تؤكد المدربه على أهمية توفير بيئة مناسبة فعاله لتمارين إسترخاء العضلات فبيئة التدريب يجب ان تكون هادئة وخالية من الضوضاء والضجيج مثل قرع الهاتف , صيانة الشوارع.

٣) كذلك يجب ان توفر فرشه خاصة (توضع على الأرض مع مخدات لمساندة رأس الشخص.

تشير المدربة إلى أهمية التدريب على الاسترخاءو تبدأ بشرح الموضوع ويمكن للمدربه ان تبدأ إما باليد اليمنى أو اليسرى, (وضع قبضة , ثم إرخاء اليد , فتح الأصابع , الشد والاسترخاء لليد الأخرى, ثني المرفقين حول كلا الذراعين ثم إرخاءهما , ثني الكتفين ثم إرخاءهما) ومن ثم الإستمرار في عرض بقية التمارين.

ويتوجب على المدربة **أن** تخبر أعضاء المجموعة أن الغرض من هذا التدريب هو مساعدتهم على تنفيذة بدقة حيث يكون أسرع، وحيث يتوجب على أعضاء المجموعة تنفيذ التمارين. ويتوجب أيضاً على المدربة **أن** تكون دقيقة في العرض وتقديم ملاحظات مثل " عندما أثني كتفي هكذا, فإنني أشعر بتوتر في عضلات الكتفين, والان, عندما أسترخي وألقي ذراعي إلى الجوانب, فانني ألاحظ الفرق بين التوتر الذي كان في كتفي والاسترخاء الذي أشعر به الان, وتستخدم هذه الملاحظات لكي تبين لأعضاء المجموعة كيفية التمييز بين التوتر والاسترخاء.

التدريب:

أن تطلب المدربة من أعضاء المجموعة التدريب على هذا الإجراء في البيت من خلال توفير بيئة ملائمة لهذا الأمر وطبيعة شعور الفرد أثناء ممارسة ذلك.

وعند إبلاغ أعضاء المجموعة بشد وإرخاء العضلات, تذكر بانك لا ترغب بأمر الفرد بشد عضلاته قدر الإمكان, وانك لا تود ان تتعرض عضلات الفرد للإجهاد. ويجب الانتباه إلى **أن** تكون مفرداتك أثناء إصدار التعليمات واضحة. لا تستخدم عبارات مثل قدر ما تستطيع, شد العضلات لأقصى حد أو قم بشد عضلاتك لحين تشعر أنها سوف تنفجر.

وفي بعض الإحيان يمكنك تدعيم أو تعزيز التعليمات بالشد والإرخاء من خلال ملاحظات بشان تنفس الفرد أوتجربة المشاعر الدافئة أو الثقيلة. ان مثل هذه الملاحظات قد تساعد الفرد على الاسترخاء.

يمكن **أن** تبدأ تمارين الاسترخاء بعد ان تكون المدربه قد وفرت معايير الإجراءات لأعضاء المجموعة والإجابة عن أية أسئلة بشان تمارين الاسترخاء, وأبلغ المسترشد بشان

الملابس التي يجب ارتداؤها , وخلق بيئة مريحة للتدريب, وقم بنمذجة بعض تمارين شد وإرخاء العضلات في تقديم أو (قراءة) تعليمات تمارين الاسترخاء, فان صوت المرشد يجب ان يكـــون واضحاً, وعلى شكل محادثة, وليس درامياً.

ويمكن البدء إما بمجموعة الـــ١٧ عضلة, وهذا يساعد الفرد على التمييز بين مـــشاعر التوتر والاسترخاء لمختلف أجزاءالجسم. ومن ثم فان عدد مجموعات العضلات المشمولة فـــي تمارين الاسترخاء يمكن ان تقل بشكل تدريجي.

وعندما يصل الفرد إلى نقطة إستخدام الاسترخاء بـــشكل مناســـب, وبإســـتخدام أربـــع مجموعات عضلية, والتي أغضل من التدريب على إسترخاء ١٧ مجموعة عضلية.

التدريب:

وتوضح الجلسة التالية كيف تقوم المدربه بإبلاغ الفرد بالتدرب على الاسترخاء باستخدام جميع المجموعات العضلية السبع عشر.

أولا: تطلب المدربة من الفرد **أن** يجلس بإرتياح قدر الإمكان – إما في الكرســـي ذو الأذرع أو على الأرض حيث يكون رأسه على مخدة . ويمكن ان تمتد الأذرع إلى جانب الجسد, وتكـــون مرتاحة على أذرع الكرسي أو على الأرض حيث تكون راحة اليد على الأرض. وبعدها يطلب المرشد من المسترشد ان يغلق عينيه.

وفي بعض الحالات, ربما لا يرغب الفرد بالقيام بذلك, وفي حالات أخرى, ربما يقـــرر المرشد والمسترشد أنه قد يفيد علاجياً إبقاء العينين مفتوحتين خلال التمرين. وفي مثـــل هـــذه الحالات, فان المسترشد يمكن ان يركز على هدف أو جسم ما في الغرفة أو على السقف.

أخبر الفرد بان يستمع وان يركز على تعليماتك. وعند عرض التعيلمات لكل مجموعة عضلية, اجذب انتباه الفرد إلى التوتر, الذي يجب الإحتفاظ به لمدة خمس – سبع ثواني , ثم إلى مشاعر الاسترخاء التي تلي ذلك, عندما يطلب من الفرد ان سترخي, اترك مسافة / زمـــن بمقـــدار ١٠ ثواني للمسترشد لكي يستمتع بالاسترخاء المصاحب لكل مجموعة عضلية قبـــل الانتقـــال إلـــى التعليمات التالية.

وطوال التعليمات وبشكل متقطع, قم بعمل مقارنة بين مجموعات العضلات – مثال ذلك "هل تشعر بإسترخاء في جبهتك كما هو الحال في عضلا ظهرك؟ وأثناء نقـــل التعليمـــات قـــم

بتخفيض صوتك بشكل تدريجي وأبطئ من سرعة نقل التعليمات. وعادة في الجلسات التدريبيـــة الأولى , فإن كل مجموعة عضلية تعرض مرتين.

وفيما يلي طريقة حيث يمكن للمدربة ان تباشر التمرين الأولـــي علـــى إســـترخاء العـــضلات, باستخدام المجموعات العضلية السبع عشر.

١- اليد الأولى: " فكر أولاً بذراعك اليمنى, ويدك اليمنى تحديداً, شد قبضتك اليمنـــى. شـــدها بقوة وتعرف على التوتر في اليد وفي راحة اليد . تعرف على مواقف التوتر هذه (توقف). والان أرخها, أرخ اليـــد اليمنـــى واتركهـــا ترتـــاح علـــى ذراع الكرســـي (أو الأرض) (صمت/توقف) ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (توقف لعشر ثوانٍ).

٢- قبضة اليد غير المسيطرة: " والان قم بنفس العمل في اليد اليـــسرة . شـــد قبـــضة يـــدك اليسرى. لاحظ التوتر (توقف لخمس ثوان) والان إسترخ . تعرف على الفرق بين التوتر والاسترخاء (توقف لعشر ثوان).

٣- مقبض واحد أو كلا الذراعين يمكن للمدربة **أن** تطلب من الفرد **أن** شد أو يثني مقبـــضي كلا الذراعين في نفس الوقت أو بشكل منفصل. وربما تبدأ بذراع اليد المسيطرة إذا أبلغت المسترشد بان يثني مقبضاً واحداً في وقت واحد " والان إثني كلا اليدين بإتجاه المقـــبض بحيث يكون توتر العضلات في مؤخر اليد والمقدمة, أشر بأصابعك نحو السقف, تعـــرف على التوتر ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (توقف) تعرف على الفرق بين التوتر والاسترخاء (توقف لعشر ثوان).

٤- عضلة الذراع: تطلب المدربة من الفرد العمل على كلا عضلتي الذراعين أو واحدة فقـــط في وقت واحد. وإذا قمت بتدريب الفرد على القيام بشد عضلة واحدة في وقت واحد, أبداً بالعضلات المسيطرة . وتكون تعليمات هذا التمرين على النحو التالي:" والان أشدد كلتـــا يديك إلى الفبضة وارفعهما نحو كتفيك. وأثناء قيامك بهذا, شدد عضلات الذراعين والتـــي تقع في الجزء الأعلى من ذراعك. أرخ عضلاتك على جانبيك . تعرف على الفرق بـــين التوتر والاسترخاء. توقف لعشر ثوان.

الواجب البيتي:

أن يتدرب أعضاء المجموعة على المهارات السابقة بشكل يومي.

الجلسة الخامسة عشرة

الاسترخاء (٢)

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات :

* مناقشة الواجب ومن ثم متابعة مهارات الاسترخاء التالية:

١- **الكتفين:** عادة يطلب من الفرد شد كلا الكتفين وبشكل عام فبإمكان الفرد **أن** يحنـــي كتفـــا واحدة في وقت واحد والآن حرك منطقة الكتفين اشدد كتفيك أرفعهما قرب أذنيـــك وابـــق التوتر في منطقة الكتفين (توقف) والان دع كتفيك يسترخيان لاحظ الفــرق بـــين التـــوتر والاسترخاء الذي يحدث لكتفيك (توقف لعشر ثوان).

٢- **جبهة الوجه:** هذا التمرين والنمارين الثلاثة الأخرى تتعلــق بعــضلات الوجـــه وتكـــون تعليمات التوتر والاسترخاء للجبهة على النحو التالي" والان سنعمل على تطبيـــق تمـــرين لإسترخاء مختلف عضلات الوجه أولاً شد جبهتك وحاجبيك قم بهذا لحينما يشعر بتـــوتر حاجبيك (توقف) والأن إسترخ (لطف من توتر الجبهة دعها تسترخي (توقـــف لعـــشر ثوانٍ).

٣- **العينين: أن** الهدف من هذا التمرين هو تعريف الفرد على الفرق بين التوتر والاســـترخاء للعضلات التي تسيطر على حركات العينين" والأن أغلق عينيك بشدة هل يمكنك التعـــرف على التوتر حول عينيك؟ (توقف لخمس ثوان) والان أرخ تلك العضلات ولاحظ الفـــرق بين التوتر والاسترخاء (صمت لعشر ثوان).

٤- **اللسان والفكين:** يمكنك إبلاغ بعض أعضاء المجموعة بالضغط على الفكين: والأن إضعط على الفكين بالعض على الأسنان معاً. إسحب زوايا فمك للخلف تعرف على التـــوتر فـــي عضلات الفكين (توقف لخمس ثوان) الأن هل يمكنك معرفة الفرق بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين؟ (توقف لعشر ثوان) قد يكون هذا التمـــرين صـــعباً بالنـــسبة لـــبعض المسترشدين الذين يضعون أطقم أسنان/ جسور وهناك تمرين بديل لمثل هؤلاءالأعضاء " إضغط لسانك على سقف الحلق في الفم. لاحظ التوتر داخل فمك (توقف لخمس ثوان) أرخ عضلات الفم واللسان الأن. ركز على الاسترخاء (توقف لعشر ثوان).

٥- ضغط الشفتين معاً: أن آخر تمرين للوجه يتعلق بالفم وعضلات الـــدقن " والأن إضـــغط شفتيك بقوة معاً (صمت) وأثناء قيامك بهذا لاحظ توتر كافة المنـــاطق المجـــاورة للفـــم، (توقف)، والأن أرخ هذه العضلات الواقعة حول الفم تعرف على الاسترخاء في منطقـــة

الفم وكامل الوجه (توقف) هل تشعر بإسترخاء وجهك كما هو حـال عـضلات كتفـك؟ (مقارنة بين مجموعة العضلات الداخلية والخارجية) ؟

٦- **الرأس:** " والأن سوف ننتقل إلى عضلا الرقبة إضغط رأسك للخلف إلى ناحية الكرسـي. هل يمكنك الشعور بالتوتر في مؤخرة رقبتك والجزء العلوي من الظهر؟ واصـل حالـة التوتر (توقف) والان دع رأسك يرتاح لاحظ الفرق واصل الاسترخاء (صمت).

٧- **إسترخاء الذقن على الصدر:** يركز هذا التمرين على العضلات الواقعة في الرقبة وبشكل خاص مقدمة الرقبة والان واصل التركيز على منطقة الرقبة وجه رأسك إلى الأمام لاحظ ما إذا كان بإستطاعتك دفن ذقنك في صدرك. لاحظ التوتر الذي يحصل في مقدمة رقبتك والآن استرخ وأرخ عضلات رقبتك (توقف لعشر ثوان).

الواجب البيتي:

أن يتدرب اعضاء المجموعة على المهارات السابقة بشكل يومي .

الجلسة السادسة عشرة

الاسترخاء (٣)

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

* مناقشة الواجب البيتي ومن ثم متابعة تمارين الاسترخاء التالية :

١- **الظهر:** انتبه هنا وكن حذراً – أن لا تريد من الفرد أن يتعرض لآلام الظهر" والآن وجه انتباهك إلى الجزء العلوي من منطقة الظهر قوس ظهرك كما لو كنت ستلصقه بمنطقة الصدر والمعدة هل يمكنك الشعور بالتوتر في ظهرك ؟ تعرف على وضع التوتر هنا (صمت) والان إسترخ لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء(صمت لعشر ثوان).

٢- **عضلات الصدر:** الشهيق (تعبئة الرئتين بالهواء) والاحتفاظ بالهواء وتركيز انتباه المسترشد على عضلات الصدر ومنطقة المعدة" والان خذ نفساً عميقاً وأملأ رئتيك بالهواء وإحتفظ به تعرف على التوتر داخل صدرك وفي منطقة المعدة احتفظ بالتوتر (صمت) والآن إسترخ ودع الهواء يخرج دع عملية التنفس تتم بشكل طبيعي تمتع بهذا الشعور .(صمت لعشر ثوان).

٣- **عضلات المعدة:** والان فكر بشأن معدتك شد عضلات معدتك احتفظ بذلك اجعل المعدة على شكل عقدة والان إسترخ أرخ العضلات الان (توقف لعشر ثوانٍ) هل تشعر معدتك بالاسترخاء كما هو حال الظهر والصدر (مقارنة مجموعة العضلات) وهناك تعليمات بديلة وهو ان تخبر المسترشد بان (يسحب معدته) أو ان يضغطها.

٤- **الأرداف:** ننتقل إلى مناطق أخرى من الجسد حيث تطلب المدربه من الفرد أن يشد الأرداف وهذه المجموعة من العضلات إختيارية حيث يمكن للمرشد أن يحذفها من تمارين بعض المسترشدين والإنتقال إلى الساقين وتكون التعليمات على النحو التالي" والآن اشدد (اقبض) عضلات الردفين عن طريق سحبهما معاً وضغطهما نحو الأرض (أو الكرسي) لاحظ التوتر والان استرخ أرخ العضلات (توقف لعشر ثوان).

٥- **الساقين:** أريد ان تركزوا على الساقين اشدد كلا الساقين أشعر بالتوتر في منطقة الفخذين (توقف لخمس ثوان) والآن استرخ تعرف على الفرق بين التوتر في الفخذين والاسترخاء الذي تشعر به الان (توقف لعشر ثوان).

٦- أصابع القدمين : ركز الان على السيقان السفلية شد كلا عضلات الساقين عــن طريــق التأشير بأصبع قدمك نحو رأسك هل يمكنك التعرف على الشعور بعملية التــوتر؟ لاحــظ التوتر (توقف)، والآن دع قدميك تسترخيان بعمق تمتع بالفرق بين التــوتر والاســترخاء (توقف لعشر ثوان).

الواجب البيتي :

أن يتدرب أعضاء المجموعة على المهارات السابقة بشكل يومي .

وبعد تطبيق عملية التوتر والاسترخاء في كل مجموعة عضلات لمرتين, فإن المرشــد عادة ما ينهي تمرين الاسترخاء بملخص ومراجعة, ويستعرض المرشد العمل من خــلال ذكــر مجموعة العضلات والطلب من المسترشد ان يتخلص من أي توتر ملحوظ حيث يقوم المرشــد بتسمية منطقة العضلات وفيما يلي مثال لذلك.

الجلسة السابعة عشرة

الجلسة الختامية

الأهداف:

١- أن تقوم المدربة بأنهاء البرنامج، وذلك من خلال مراجعة شاملة للجلسات السابقة.

٢- تحديد كيفية تعميم ما تعلمه الأعضاء في البرنامج على الحياة اليومية.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة.

الإجراءات:

١- تقوم المدربة بعمل مراجعة شاملة لكل ما دار في الجلسات السابقة وأخذ انطباعات الأعضاء حولها.

٢- تستمع المدربة لملاحظات الأعضاء وانطباعاتهم حول الأمور التي ساهمت في نجاح البرنامج، أو ما هي الأمور التي تمثل صعوبات أو معوقات للبرنامج.

٣- تشجع المدربة الأعضاء على تطبيق كل ما تعلموه في الجلسات في حياتهم اليومية.

٤- الشرح للأعضاء بأن المدربة ستأتي إليهم في أي وقت يشعرون فيه بحاجتهم إليها.

٥- تشكر المدربة الأعضاء وتتمنى لهم حياة سعيدة.

ملحق (٣)

مقياس التكيف النفسي والاجتماعي

الرقم	الفقـــــــــــــرة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
١.	أشعر بالوحدة.				
٢.	أشارك الآخرين في أفراحهم وأحزأنهم.				
٣.	أشعر بالرضا عن نفسي وعن انجازاتي.				
٤.	أبادر إلى إقامة علاقات صداقة مع الآخرين.				
٥.	أعصابي هادئة.				
٦.	أرتاح لوجود الآخرين حولي.				
٧.	أغضب بسرعة.				
٨.	أستمتع بالمشاركة في المناسبات الاجتماعية للأصدقاء.				
٩.	أتردد كثيراً في مشاركة الآخرين الحديث.				
١٠.	تربطني علاقات جيدة مع الآخرين.				
١١.	ينتابني القلق.				
١٢.	هناك من يكن لي العداء.				
١٣.	أحب الناس الذين أتعامل معهم.				
١٤.	أتجنب مقابلة الغرباء.				
١٥.	انا معزولٌ عن العالم.				
١٦.	أشارك في الأعمال الخيرية والتطوعية.				
١٧.	أعاني من تقلبات في المزاج دون معرفة السبب.				
١٨.	أشعر بالخوف على مستقبل أبنائي.				
١٩.	أتقبل نقد الآخرين.				
٢٠.	يستشيرني أفراد أسرتي في شؤونهم.				
٢١.	لا أستسلم للفشل وأحاول من جديد.				
٢٢.	يقدر الناس المحيطون بي تجربتي وخبراتي.				
٢٣.	لا أثق بنفسي.				
٢٤.	أمارس الرياضة.				

الرقم	الفقـــــــــــــرة	دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
٢٥.	أحاول الاسترخاء عندما أشعر بالتعب.				
٢٦.	أجد صعوبة في التعامل مع الأبناء والأحفاد.				
٢٧.	أشعر بالتململ وعدم الرغبة في الاستقرار في مكان معين.				
٢٨.	أجد صعوبة في انشاء علاقات جديدة.				
٢٩.	أشعر بعدم الأهمية.				
٣٠.	أفكر في الموت.				
٣١.	أشعر ان حياتي مليئة بالفرح.				
٣٢.	أحتاج إلى رعاية صحية مستمرة.				
٣٣.	أشعر بانني ليس لي دور في الحياة.				
٣٤.	أحب ان أقضي كثيراً من الوقت مع أفراد أسرتي.				
٣٥.	أعاني من الفراغ.				
٣٦.	أتطوع لتقديم المساعدة لمن يحتاجها.				
٣٧.	أعاني من الاعتماد على الآخرين.				
٣٨.	أرغب في ان أتعلم هوايات جديدة.				
٣٩.	أشعر بالحزن والكآبة.				
٤٠.	أشعر ان معاملة الآخرين لي سيئة.				
٤١.	أحاول ان انسى واقعي.				
٤٢.	أشعر بأنه لا يوجد أحدٌ يحتاجني.				
٤٣.	أشعر بعدم الكفاءة وضعف في قدراتي.				
٤٤.	انسى همومي وانا مع الناس.				
٤٥.	أجعل حياتي مليئةً بالتفاؤل.				
٤٦.	اضطر إلى تنفيذ ما يطلبه الآخرون في حياتي اليومية.				

ملحق (٤)

قائمة بيك لتقدير المشاعر

تتضمن هذه القائمة مجموعةً من الجمل التي تصف مشاعرك وأحاسيسك في نواحٍ متعددةٍ، حيث أن هذا المقياس يتكون من (٢٠) فقرة من العبارات.

يرجى التلطف بقراءة كل عبارة بدقة، ثم اختر الدرجة التي تصفك بشكل أفضل من مقياس (١-٣) بوضع إشارة عند الدرجة.

درجات المقياس:

١- دائماً.

٢- أحياناً.

٣- أبداً.

علماً بأن هذه الإجابات لن يطلع عليها أحد، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث.

قائمة بيك لتقدير المشاعر

BDI- II

الرقم	الفقرة	دائماً	أحياناً	أبداً
١.	أشكو من القلق وأشعر باليأس والحزن والكآبة.			
٢.	لا أشعر بالراحة عندما أفكر في المستقبل.			
٣.	أفشل في عمل الكثير من الأشياء.			
٤.	لا أجد شيئاً يحقق لي المتعة في الحياة.			
٥.	ينتابني الشعور بالذنب.			
٦.	أشعر بانني أستحق العقاب.			
٧.	أشعر بانني أكره نفسي.			
٨.	أجد الكثير من المواقف المناسبة لنقد نفسي.			
٩.	يوجد لدي أفكار انتحارية.			
١٠.	أشعر برغبة في البكاء.			
١١.	أشعر بالتوتر دون أن أعرف السبب.			
١٢.	أعاني من فقدان الاهتمام بالناس.			
١٣.	أتردد في اتخاذ قرارات حياتي.			
١٤.	أشعر بان لي تأثير إيجابي في الحياة.			
١٥.	أمتلك طاقة ونشاط وحيوية.			
١٦.	أعاني من الأرق واضطراب في النوم.			
١٧.	أشعر بالغضب.			
١٨.	أعاني من فقدان الشهية.			
١٩.	أشعر بعدم قدرة على التركيز.			
٢٠.	أشكو من الوهن والضعف وسرعة التعب.			

ملحق رقم (٥)

الكتب الرسمية





الجامعة الأردنية
THE UNIVERSITY OF JORDAN

رئاسة الجامعة
University Administration

الرقم: ٨/ ٢/ ٢٩٢١
التاريخ: ١/ ٨ /١٤٣١هـ
الموافق: ١٢/ ٧/ ٢٠١٠م

معالي وزيرة التنمية الاجتماعية /

الموضوع: تسهيل مهمة

تحية طيبة وبعد،،

فأرجو إعلام معاليكم بأن الطالبة "عبير عبد الرزاق إسماعيل عبده"، من طلبة الدراسات العليا في كلية العلوم التربوية بالجامعة الأردنية، تقوم بإعداد أطروحة دكتوراه بعنوان " أثر برنامج معرفي سلوكي في تحسين مستوى التكيف النفسي الاجتماعي و الاكتئاب لدى المسنين" و تحتاج إلى تطبيق أداة دراستها على دور المسنين بمحافظة العاصمة عمان.

أرجو التكرم بالموافقة و الايعاز بتسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه، و تمكينها من الحصول على المعلومات المطلوبة لغايات علمية و حسب الأصول، علماً بأن المشرف على رسالتها هو الأستاذ الدكتور رياض ملكوش.

شاكرين لكم اهتمامكم بالجامعة الأردنية و تعاونكم معها.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

رئيس الجامعة /
نائب الرئيس لشؤون الكليات و المعاهد الإنسانية

الأستاذ الدكتور صلاح جرار

لمم ص.ق

هاتف: ٥٣٥٥٠٠٠ (٦-٩٦٢) فاكس: ٥٣٥٥٥١١ (٦-٩٦٢) عمان ١١٩٤٢ الأردن
Tel:L (962-6) 5355000 Fax: (962-6) 5355511 AMMAN 11942 JORDAN
E-mail: admin@ju.edu.jo
http://www.ju.edu.jo

THE EFFECT OF A BEHAVORIAL COGNITIVE PROGRAM IN IMPROVING THE LEVEL OF THE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT AND READUCING DEPRESSION OF AGED PEOPLE

By:

Abeer Abdul Razzaq Adbdu

Suporvier

Dr. Riyadh Mohammad Amin Malkoosh

Abstract

The study aimed to asses the effect of the behavioral and cognitive effect in improving the level of psychological and social adjustment and reducing depression of the aged people. The researcher selected (50) males of the aged ones, our (61) years old from at ACH males & females. They were randomly distributed into two groups, experiment and control the experiment attended a behavioral and cognitive program for (10) week each 60 – minute cession weekly but with no training. Social and psychological scale was used plus depression pre and post tests to asses the effect of the behavioral and cognitive program in improving the level of the social and psychological and depression reduction of the aged persons at the aged care house (ACH).

To achieve the aim of the study and answer the questions, the following have been used.

- Analyzing Ancova.
- Analyzing Mancova.

The study revered differences of statistical significance in the trance of the experiment and control groins at the total degree of adjustment on the level of social and psychological levels each (separately) plus differences of statistical significances between the means of control and experiment which reveals effectiveness in reducing depression at the level of aged persons at the (ACH).

Based on the study results, I recommend the following:

- To provide training for the qualified staff to deal with the aged, such as the social and psychological socialists.
- Design this program at the (ACH) and train the supervisor, themselves, on this program so as to make it easy to deal with the aged people in a well planned and a better way.